

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mai 1900, à heure.

618.14.934.88

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

DES

RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

PAR **Charles PÉRICHON.**

† Né à Val-Saint-Père (Manche), le 9 février 1874.

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : { M. PINARD, Professeur.
M. LEJARS,
M. DELBET, } *Agrégés.*

PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

93, Boulevard Saint-Germain, 93

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mai 1900, à heure.

618.14.9.34.88

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT OPÉRATOIRE

DES

RÉTRODÉVIATIONS DE L'UTÉRUS

PAR **Charles PÉRICHON.**

Né à Val-Saint-Père (Manche), le 9 février 1874.

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : { M. PINARD, Professeur.
M. LEJARS,
M. DELBET, } *Agrégés.*



PARIS

INSTITUT INTERNATIONAL DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE

93, Boulevard Saint-Germain, 93

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHEL.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BLANCHARD.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DEBOVE.
Pathologie médicale.....	}	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISSAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Clinique des maladies des enfants.....		HAYEM.
Clinique des maladies syphilitiques.....		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GRANCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		FOURNIER.
Clinique chirurgicale.....	}	JOFFROY.
		RAYMOND.
Clinique ophtalmologique.....		DUPLAY.
Clinique des voies urinaires.....		LE DENTU.
Clinique d'accouchement.....	}	TILLAUX.
		TERRIER.
		PANAS.
		GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.

MM.

Agrégés en exercice :

ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BROCA (AUG.).	TOURETTE.	MENETRIER.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
PIERRE DELBET.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX TERRIER,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

AVANT-PROPOS.

Pendant notre internat à la Clinique chirurgicale du D^r H. DELAGÉNIÈRE (du Mans), nous avons eu l'occasion d'assister à plusieurs interventions pour rétrodéviations de l'utérus. Nous avons vu employer divers procédés, en particulier le raccourcissement des ligaments ronds (extra-abdominal et intra-abdominal), et la plicature des ligaments larges (Procédé H. Delagénère). Nous avons pu en apprécier les différents résultats ; c'est ce qui nous a engagé à en faire le sujet de notre dissertation inaugurale. Mais, avant tout, nous nous faisons un devoir d'adresser nos remerciements à ceux qui nous ont aidé dans le cours de nos études, à nos Maîtres dans les Hôpitaux.

Nous garderons toujours un souvenir reconnaissant à M. le D^r H. Delagénère (du Mans), dont les sages conseils et les leçons de chaque jour ont été d'un précieux appoint à nos connaissances chirurgicales.

Que M. le P^r TERRIER, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive l'expression de tous nos remerciements.

CHAPITRE PREMIER.

Anatomie Pathologique, Étiologie, Pathogénie et Séméiologie des Rétrodéviations.

« Que l'on prenne un utérus vide ou plein, fœtal ou adulte, vierge ou multipare, et qu'on le suppose en position quelconque sur un arc de cercle de 90° , allant de la verticale à l'horizontale, cette position a été réellement observée et affirmée comme étant la position normale. »

Il n'est donc pas inutile au début d'un travail sur les déviations, les changements survenus dans la direction de l'axe de l'utérus, de préciser la situation normale de cet organe, de rappeler les notions actuellement admises sur sa stabilité.

Suivant les anatomistes contemporains, se basant sur les examens de coupes de femmes congelées, ou les constatations faites au cours des laparotomies, l'utérus normal est en antéversion, en même temps qu'en antéflexion légère, le corps faisant avec le col un angle très obtus ouvert en avant. L'opinion que nous rapportons plus haut, si paradoxale qu'elle semble au premier abord, est cependant exacte, et ces divergences dans l'interprétation de la position de l'utérus découlent de cette propriété essen-

tielle, l'extrême mobilité de l'utérus. L'utérus flotte, suspendu pour ainsi dire dans le bassin, et subit l'influence des organes voisins qui le dévient dans un sens ou dans l'autre suivant leur état de réplétion ou de vacuité ; c'est ainsi que la distension de la vessie repousse en arrière le corps utérin en effaçant momentanément son antécourbure, tandis qu'au contraire, la réplétion du rectum et de l'S iliaque le poussent en avant, exagérant par conséquent son antéversion. Mais à l'état normal cette mobilité est limitée par la résistance, la tonicité des moyens de fixité de l'utérus qui le ramènent dans sa direction normale dès que les causes qui l'ont déplacé cessent d'agir.

En résumé, antéversion légère et antécourbure, extrême mobilité : tels sont les caractères saillants de l'utérus normal.

Rappelons que les moyens de fixité de l'utérus se composent d'un appareil de *suspension*, constitué par les ligaments, et d'un appareil de *soutènement*, le périnée, ou plus exactement le releveur de l'anus et l'aponévrose sacro-recto-génitale de Delbet (1).

La chute de l'utérus en arrière doit être *a priori* le résultat de l'insuffisance de ces moyens de fixité, soit que la matrice ait augmenté de volume, de poids, soit que l'appareil ligamentaire soit altéré, soit pour ces deux causes combinées.

D'après ce que nous venons de dire, il y aurait une rétrodéviations de l'utérus physiologique, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire que normalement on peut observer des déviations en arrière d'un utérus parfaitement sain, mais leur caractère primordial est l'instabilité. Tout autre est celui des rétrodéviations pathologiques que nous avons en vue ; nous voulons dire la persistance de l'utérus dans sa situation anormale, sa tendance à y revenir.

Il faut étudier séparément les rétrodéviations de l'utérus gravis et celles de l'utérus à l'état de vacuité. Nous n'aurons en vue que

(1) Delbet. *Les suppurations pelviennes chez la femme*. — Steinheil, Paris, 1891.

ces dernières; étiologie, symptomatologie, pronostic et même traitement sont différents.

La rétrodéviatiou peut être *congénitale*, fait exceptionnel, alors que l'antéversion congénitale est relativement assez fréquente. Le fait est d'ailleurs sans grand intérêt chirurgical, l'utérus restant le plus souvent petit, infantile, le déplacement ne provoquant aucune douleur, ni aucun trouble appréciable. Schultze l'explique par un arrêt de développement du vagin, portant principalement sur sa paroi antérieure. Nous n'y insistons pas (1).

La rétrodéviatiou *acquise* peut être *aiguë*, se produisant brusquement, comme le prolapsus aigu de l'utérus à la suite d'un coup, d'une chute, d'un violent effort. Les douleurs et accidents nerveux (2) qu'elle entraîne à sa suite ne tardent pas à amener la malade au chirurgien. Le redressement s'effectue en général à l'aide d'une manœuvre simple, et l'utérus remis en place n'a plus de tendance à retomber en arrière.

Mais ces faits, sont, eux aussi, exceptionnels, et beaucoup plus commune est la forme de rétrodéviatiou *acquise chronique*, dont seule nous nous occuperons. Elle appartient à la vie génitale de la femme et se montre comme conséquence des modifications profondes apportées par la grossesse et l'accouchement à l'appareil génital tout entier.

Ces modifications portent à la fois sur l'utérus et sur ses moyens de fixité. Sur l'utérus, la subinvolution laisse l'organe congestionné plus gros, plus lourd, présentant les altérations constitutives de la métrite. Les moyens de fixité, par suite de ce même défaut d'involution, restent allongés, distendus, comme ils étaient pendant la grossesse. On comprend alors facilement le mécanisme de la production des rétrodéviations. Cet utérus métritique, devenu plus lourd qu'à l'état normal, tombe par son propre poids, le fond s'in-

(1) Tillaux. *Ann. de Gyn.*, Déc., 1889, p. 405.

(2) Schwartz. *Congrès de Genève*, Sept. 1896.

clinant en arrière ; les ligaments utéro-sacrés relâchés laissent le col s'avancer en avant, alors que les ligaments ronds, qui ont perdu leur tonicité, sont impuissants à ramener en avant le fond de l'utérus. Ainsi se constitue la *rétroversion*, que rend encore plus stable la pression des anses intestinales.

La *rétroflexion* se constitue de la même manière, avec cette différence que les ligaments utéro-sacrés résistent, alors que cèdent les ligaments ronds ; le fond de l'utérus tombe en arrière, le col conservant sa direction normale. Cette division n'est cependant pas absolue et la *rétroflexion* peut succéder à la *rétroversion*. D'après Martin (1), voici quel en serait le mécanisme. La paroi antérieure de l'utérus, aurait dans ces cas donné insertion au placenta ; des débris placentaires restés adhérents amèneraient une infection locale plus intense au niveau de leur implantation ; l'involution de cette paroi antérieure serait donc en retard sur celle de la paroi postérieure, par suite le fond de l'utérus aurait une tendance à s'infléchir en arrière, d'autant plus que la paroi antérieure, moins résistante, se prête davantage à cette extension.

En résumé, la cause primordiale des *rétrodéviation*s chroniques est la *subinvolution* causée par la *métrite puerpérale*.

Le mécanisme est identique après une infection post-abortive. Si l'utérus et son appareil de fixité sont ainsi altérés, l'appareil de soutien n'est pas moins lésé, le périnée est souvent déchiré par le passage de la tête fœtale, ou tout au moins amoindri, affaibli ; le releveur de l'anüs a perdu sa tonicité. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet et ses conséquences.

Telle est la théorie *dynamique* ou inflammatoire de l'étiologie des *rétrodéviation*s ; elle est admise sans conteste par tous les gynécologistes, la théorie *mécanique* n'étant plus admise que pour expliquer certaines *rétrodéviation*s, chez les femmes âgées, par exemple.

(1) E. Martin. *Die Neigungen und Beugungen des Uterus*. Berlin, 1870, p. 144.

SYMPTÔMES. — On observe des symptômes généraux ou signes fonctionnels, et des signes physiques. Les signes fonctionnels ont été schématisés par Pozzi (1) dans la formule suivante : syndrome utérin, phénomènes nerveux réflexes, stérilité.

Entrons un peu plus tard dans le détail. On note :

Sensation de pesanteur à l'anus ou à la vulve, surtout lorsque la malade s'assoit. Douleurs lombaires s'irradiant sous forme d'élanchements à tout le bassin, aux aines et à la racine des cuisses, douleur sacrée. Le décubitus dorsal ne soulage pas les malades, qui arrivent d'elles-mêmes pour la plupart à adopter le décubitus ventral. Défécation douloureuse, d'autant plus que la constipation est le plus souvent tenace. Les rapports sont douloureux, le choc du pénis contre le corps utérin rétroversé et abaissé détermine une douleur immédiate ou laisse dans tout le ventre, pendant quelques heures, une sensation de fatigue et de courbature anormale ; c'est ce qu'on appelle la *dyspareunia*.

Troubles nerveux d'origine réflexe, très marqués et très variés, surtout dans la rétroflexion ; phénomènes dyspeptiques, vomissements répétés, toux quinteuse (toux utérine), névralgie à distance, la névralgie intercostale est surtout fréquente, phénomènes hystériques ou épileptiformes. Les malades sont dans un état de préoccupation continuelle, de tristesse, d'abattement, pouvant aller jusqu'à l'hypochondrie. Tous ces symptômes sont manifestement liés à la rétrodéviation et l'on connaît des observations où la simple réduction de la déviation a suffi pour faire disparaître complètement des vomissements, de la chorée, de l'asthme, etc., jusque là rebelle à toute médication.

Un caractère particulier de ces phénomènes nerveux, c'est leur intermittence ; ils présentent des périodes d'exacerbation coïncidant le plus souvent avec les périodes menstruelles. La stérilité est

(1) Pozzi. *Traité de Gynéc.*, page 508.

presque la règle (surtout dans la rétroflexion) ; cependant dans certains cas, la fécondation a pu se produire et la grossesse évoluer jusqu'à terme ; elle aurait, paraît-il, exercé une action curatrice. Il faut cependant dire que l'avortement est assez fréquent. Tous ces symptômes sont, en somme, d'origine métritique, ce qui n'a pas lieu de nous étonner, étant donné ce que nous savons de la pathogénie de la rétrodéviations. Ce sont eux que Pozzi résume dans la formule « syndrome utérin ».

Les signes physiques sont plus importants ; eux seuls permettent d'affirmer le diagnostic.

Nous nous adresserons pour cela au toucher, ou plutôt au palper bimanuel exécuté méthodiquement de la manière suivante. On s'adresse d'abord au cul-de-sac antérieur, et on constate que le doigt n'éprouve pas la sensation normale de résistance donnée par le corps utérin. L'utérus n'est donc pas à sa place. On se porte alors dans le cul-de-sac postérieur, où l'on trouve une tumeur dure, globuleuse, lisse, régulière ; il est facile de se rendre compte que c'est le fond de l'utérus.

S'il s'agit d'une rétroversion, la tumeur se continue directement avec le col.

On sent, au contraire, entre le fond de l'utérus et le col, un sillon très net dans le cas de rétroflexion.

Signalons seulement le signe de Le Dentu-Pichevin, susceptible de rendre des services dans les cas douteux : la perception, avec le doigt, de la crête médiane située sur la face postérieure de l'utérus de bas en haut.

Enfin, l'hystéromètre peut être employé pour compléter le diagnostic ; nous n'insistons pas sur son emploi qui demande de la douceur et une parfaite asepsie.

Le diagnostic différentiel ne nous occupera pas non plus, ne voulant pas faire une étude complète des rétrodéviations, le sujet serait trop vaste et en dehors du cadre de cette étude. Signalons

seulement les affections auxquelles on pourrait penser : fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, noyau d'hématocèle rétro-utérine, tumeurs de l'ovaire ou de la trompe prolabée dans le cul-de-sac de Douglas, noyau inflammatoire de paramétrite postérieure, etc.

Le *spéculum* ne donne aucun renseignement important, si ce n'est qu'il découvre des lésions banales de métrite.

Le toucher combiné vient de nous permettre d'affirmer la rétro-déviatiou ; il nous permet aussi de déterminer le degré de mobilité de l'utérus dévié. L'utérus peut-il être facilement ramené à sa situation normale ? Est-il, au contraire, fixé dans le cul-de-sac postérieur ? Quel est l'état des annexes ? Questions d'un intérêt capital. De cet examen découle, en effet, le procédé opératoire à employer. En un mot, il faut savoir si la rétro-déviatiou est réductible ou irréductible ?

Cette distinction est autrement importante que la classification de Courty (1), qui distinguait 3 degrés, suivant que le fond de l'utérus se trouvait au-dessus, au niveau ou au-dessous des ligaments de Douglas. Dans le même ordre d'idées, Schultz, les classait suivant la vertèbre à laquelle correspondait le fond de l'utérus.

Le professeur Trélat, le premier (2), distingue les rétro-déviations mobiles, mobilisables et adhérentes. La 2^e catégorie rentre, en somme, dans la dernière, et actuellement tous les gynécologistes ne considèrent que deux classes : les déviations réductibles et irréductibles.

Il nous faut expliquer comment se fait le passage de l'une à l'autre.

Nous avons dit que la déviatiou en arrière se produisait à la suite de la subinvolution post-puerpérale. Mais cet utérus n'est pas seulement dur, il est atteint de métrite, d'autant plus rebelle que la position anormale de l'utérus trouble profondément la circu-

(1) Courty. *Traité des maladies de l'utérus*, page 703.

(2) Trélat. *Des rétro-déviations et réflexions adhérentes. Semaine méd.*, 4 juillet 1888, page 201.

lation de cet organe ; les sécrétions s'écoulent difficilement et s'accumulent dans le fond en position déclive.

L'inflammation de l'utérus gagne les trompes, d'où salpingite ou salpingo-ovarite ; des adhérences se forment, périmétritiques ou péri-salpingites. Elles sont d'abord lâches, celluleuses ; l'utérus quoique adhérent, peut encore être mobilisé (c'était la deuxième forme de Trélat), puis les adhérences se consolident, deviennent fibreuses ; la rétroversion est fixe, irréductible, adhérente.

Il est bien évident que d'emblée la rétrodéviatiou peut arriver à ce 3^e degré, mais bien plus fréquent est le processus que nous venons d'indiquer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Pichevin communiqua au Congrès de Genève les résultats de l'examen de deux cas d'utérus rétrodéviés, enlevés par l'hystérectomie. Dans ces deux cas, ce qui frappait au premier abord, c'était l'inégalité de développement des deux faces de l'utérus, la paroi postérieure étant environ trois à quatre fois plus épaisse que l'autre. — Histologiquement on peut résumer les lésions de l'utérus, en disant qu'il était « sclérosé et enflammé ».

L'utérus, en général, est gros, congestionné et sensiblement abaissé (nous reviendrons plus loin sur ce fait et ses conséquences). Le péritoine, indemne dans les rétrodéviations mobiles, est plus ou moins altéré dans les déviations adhérentes. Les adhérences se présentent tantôt sous forme de brides extensibles, celluleuses, filamenteuses, que le doigt déchire facilement, ou qui se laissent étirer ; tantôt, au contraire, elles sont courtes, denses, fibreuses ; l'utérus semble intimement soudé à la paroi rectale, qu'il entraîne avec lui. Ces adhérences sont localisées à l'utérus, soit au fond, soit sur les bords, soit surtout autour des annexes, qu'elles fixent au cul-de-sac de Douglas. Enfin, signalons les lésions des annexes elles-mêmes ; complication, ou plutôt, comme nous le disions plus haut, suite naturelle de la marche de l'affection ; les unes sont d'ordre inflam-

matoire, les autres d'ordre mécanique : prolapsus de l'ovaire, attiré en bas et en arrière et basculant autour de son ligament infundibulopelvien, salpingite légère ou catarrhale, ovarite chronique, sclérokystique ou suppurée.

En résumé, la rétrodéviatiou est une affection sérieuse, à marche lentement, mais sûrement progressive. La grossesse et l'accouchement ont frappé à la fois l'utérus et ses ligaments ; dans une première phase, l'organe se dévie en arrière ; si les adhérences ne viennent pas l'immobiliser dans sa situation nouvelle, par suite du relâchement du périnée et du vagin, se produira la cystocèle, puis la rétrocèle, et enfin le prolapsus utérin.

Mais le plus souvent l'inflammation intervient ; elle se propage aux trompes, au péritoine pelvien ; la rétrodéviatiou devient adhérente.

L'affection aboutit à l'un ou l'autre de ces termes ultimes ; dans le premier cas, elle fait de la femme un infirme ; dans l'autre, le pronostic, beaucoup plus grave, est celui des lésions annexielles.

Est-il juste de dire, avec Vedeler, que la rétrodéviatiou n'a qu'un intérêt anatomo-pathologique ? Nous ne saurions non plus partager l'opinion de Pozzi dans son Rapport au *Congrès de Genève* : « la rétrodéviatiou n'est pas une entité morbide et mérite d'être rayée du cadre nosologique ». Une thérapeutique active est nécessaire. Nous allons maintenant passer en revue les différents moyens les plus employés, leurs indications et leurs résultats.

CHAPITRE II.

Thérapeutique médicale et moyens chirurgicaux non sanglants.

Rappelons d'abord, au simple point de vue historique, que Courty administrait le seigle ergoté, fraîchement pulvérisé, à la dose de 25 centigrammes, tous les jours pendant quelques mois, en se reposant au moment des règles, pour « exciter la contraction de l'organe et restituer à son tissu la rigidité sans laquelle la guérison ne saurait s'obtenir ».

Les moyens non sanglants, s'adressant directement à la déviation, ont pour but sa réduction et sa contention.

1° Citons d'abord la réduction par la position genu-pectorale, ou attitude de la prière mahométane. Dans cette position, les parois vaginales étant écartées par une valve, ou plus simplement par une canule à injections que la malade s'introduit elle-même, l'air pénètre dans le vagin, les viscères abdominaux tombent vers la concavité du diaphragme et l'utérus, en rétrodéviation mobile, reprend spontanément sa position naturelle.

Nous n'insistons pas sur cette méthode bien connue, dite *reposition aérienne*.

Il s'agit moins d'une méthode de traitement que d'une gymnas-

tique susceptible peut-être de rendre quelques services dans les rétrodéviations mobiles.

2° La réduction *bimanuelle*. Deux ou trois doigts de la main gauche sont introduits dans le cul-de-sac postérieur et agissent simultanément avec la main droite, qui déprime la paroi abdominale et saisit le corps de l'utérus par le fond pour le placer en antéversion exagérée.

3° La manœuvre de Schultze, plus compliquée, exige le plus souvent l'anesthésie ; elle consiste dans l'introduction de l'index dans la cavité utérine, préalablement dilatée, ce qui permet d'exercer une action puissante sur l'utérus et de déchirer par tractions les adhérences postérieures s'opposant à la réduction.

Manœuvre brutale, aveugle et dangereuse.

La réduction forcée peut être aussi obtenue par la sonde utérine, l'hystéromètre ou des redresseurs dont le type est le redresseur du professeur Trélat

La réduction étant obtenue d'une manière ou d'une autre, il faut la maintenir ; ce que l'on peut faire, soit par un simple tampon appliqué dans le cul-de-sac postérieur, soit par les *pessaires*. Il existe une quantité considérable de ces appareils, de substances, de formes, de dimensions excessivement variées. Les uns sont intra-utérins, agissant comme de véritables tuteurs ; ils sont presque inemployés ; les autres sont des pessaires vaginaux. Les types les plus employés sont : le pessaire en anneau, de Dumontpallier, et le pessaire de Hodge.

Ces instruments ne constituent, en somme, qu'un moyen palliatif, le plus souvent insuffisant, et toujours incommode ; ils exigent des soins de propreté constants auxquels bien souvent les malades ne veulent pas s'astreindre. Aussi la plupart des gynécologues les ont-ils abandonnés. Rappelons l'opinion de Fritsch au

Congrès de Halle (1) : « Si l'on tend aujourd'hui à abandonner l'emploi des pessaires, la raison en est bien simple : la laparotomie est certainement plus facile à faire que ne l'est le choix d'un bon pessaire ; il m'a fallu, sans exagération aucune, dix ans pour me familiariser avec ce mode de traitement, et actuellement il ne me faut en général, pas moins d'une semaine pour trouver le pessaire le plus convenable pour un cas donné ». Rapprochons de cette opinion celle de Roux : « Lorsqu'on voit les spécialistes obtenir de si piètres résultats avec les moyens ordinaires, et un homme habile, comme le professeur Fritsch, déclarer qu'il a mis dix ans pour apprendre à placer un pessaire, et qu'il lui faut encore une semaine pour trouver le bon, quand on pense à ce que deviennent certains pessaires dans certains vagins, on est en droit de chercher à remplacer cet instrument, qui fait de la femme l'hôte régulier des cabinets de consultation, et qui transforme un accident pénible en infirmité dégoûtante ». Tel est, en effet, l'avenir du pessaire : faute de soins, il s'altère, s'incruste de matières calcaires, irrite le vagin : d'où sécrétion abondante de leucorrhée plus ou moins fétide (2) ; enfin, il n'est pas rare qu'il ulcère les culs-de-sac et les parois vaginales.

Le pessaire n'est, en somme, qu'un palliatif incommode et mal-propre, exigeant une surveillance constante (il doit être vérifié au moins tous les deux mois, et de plus, pour exécuter efficacement son rôle de soutien, il exige d'abord une rétroversion mobile et un *périnée solide*, condition bien rarement remplie. Aussi est-il maintenant abandonné par presque tous les gynécologistes : seul, en France, Bouilly en reste partisan (3).

Le massage gynécologique, ou méthode de Thure-Brandt jouit à l'étranger d'une vogue qu'il est loin de partager en France. Rap-

(1) Congrès de la Soc. all. de Gyn., tenu à Halle du 24 au 26 mai 1888.

(2) Voir, entr'autres : M. de Bovis. *Corps étranger de l'utérus, pessaire, datant de 15 ans. Intervention. Guérison. Union méd. du Nord-Est*, 15 mars 1898.

(3) Bouilly. *Trait. des rétr. utérines. La Gynéc.*, 1896.

pelons qu'il consiste en mouvements variés, frictions circulaires vibrations, effleurage, étirement, pression, élévation, malaxation, exécutés avec la main sur les organes génitaux, soit à travers la paroi abdominale, soit par le vagin, soit par les deux mains simultanément. Thure-Brandt les combine avec des manœuvres de gymnastique décongestionnante (abduction des cuisses, mouvements respiratoires, etc.). Les résultats obtenus sont très controversés. Il a d'abord un très grand inconvénient : sa technique exige une main habile et exercée, car, imprudemment pratiqué, il peut réveiller ou provoquer des poussées de salpingite ou de péritonite. De plus, pour obtenir un résultat appréciable, il faut un temps relativement long, deux ou trois mois au moins, et la récidive n'est pas rare. Ces deux inconvénients restreignent déjà beaucoup ses applications. Il a cependant de chauds partisans. D'après Stappfer(1), il n'agirait pas seulement sur l'utérus qu'il replace en situation normale, mais encore sur les ligaments dont il tonifie la résistance.

Le massage gynécologique peut être employé seul ; actuellement certains chirurgiens l'emploient comme traitement préliminaire dans les rétrodéviations légèrement adhérentes, pour mobiliser l'utérus. Quand ce résultat est obtenu, ils s'adressent, pour redresser l'utérus et le maintenir, à une des opérations que nous étudierons plus loin, l'Alexander.

D'après Bouilly (2), la meilleure indication et les plus beaux succès du massage seraient les cas de *fausse irréductibilité*, dus à l'enclavement de l'utérus au niveau de la courbure sacrée, l'organe, étant pour ainsi dire coincé, serré de toutes parts, mais non adhérent. « On peut croire de bonne foi avoir corrigé une dé-

(1) Stappfer. *Kinésithérapie gynécologique*. Voir aussi : C. Leder, 18 mois de pratique de massage gynécologique (*Arch. de gyn. et Toc.* janv., fév., mars avril. 1896).

(2) *Loc. cit.*

viation irréductible, alors qu'il ne s'agissait que d'une fausse irréductibilité par enclavement ».

Rapprochons du massage gynécologique, la sismothérapie ou massage vibratoire, méthode nouvelle, encore à l'étude (3).

Nous ne ferons aussi que citer les autres méthodes non sanglantes, la *columnisation du vagin*, dont le mode d'action est complexe, agissant comme soutien et comme résolutif., et l'*électrothérapie*. Nous ne parlons pas de l'électricité appliquée comme traitement général, qui a une influence incontestable sur les symptômes neurasthéniques accompagnant les rétrodéviations, mais sur l'application locale. D'après le Dr Chamoin (4), elle produirait un soulagement rapide et une véritable consolidation des ligaments et des points d'appui relâchés ou distendus. Déjà Courty plaçait dans l'utérus un *tuteur galvanique utérin*, après chaque séance de redressement à la sonde.

En somme, ces moyens non sanglants sont d'une application longue, difficile, parfois incommode ; ils ne constituent, guère, que des palliatifs, disons le mot, des pis-aller. La médecine opératoire va-t-elle nous offrir plus de ressources. C'est ce que nous allons maintenant examiner ; mais là, nous sommes au premier abord effrayés par le nombre considérable de méthodes opératoires proposées ou employées depuis une vingtaine d'années, depuis que l'antisepsie et surtout l'asepsie ont permis au gynécologiste de tout oser. Nous sommes obligés de poser d'abord une division entre les modes opératoires.

Certaines méthodes agissent sur l'utérus lui-même, d'autres agissent indirectement sur cet organe par l'intermédiaire des ligaments. De là une première grande division en : hystéropexies et opérations ligamentaires.

(3) *La sismothérapie gynécologique*. Jayle et de Lacroix de Lavalette, in *Rev. Gyn.*, 1899, p. 645.

(4) *Congr. de Genève*, 1896.

Mais, dans les hystéropexies, l'utérus peut être fixé à la paroi abdominale antérieure, ou au vagin, ou à la vessie ; le premier groupe se fait par la voie abdominale ou sus-pubienne, le deuxième par la voie vaginale.

De même les opérations ligamentaires, raccourcissements ou fixations peuvent se faire par la voie sus-pubienne, ou par la voie vaginale (antérieure ou postérieure).

Enfin, exceptionnellement on a employé la voie sacrée.

CHAPITRE III.

Hystéropexie. Vaginopexie.

Dans les hystéropexies, on s'adresse à l'utérus lui-même, que l'on fixe après réduction, soit à la paroi abdominale, soit au vagin, d'où la division en : hystéropexie abdominale antérieure ou hystéropexie proprement dite, et hystéropexie vaginale ou vagino-pexie.

Nous n'entrerons pas dans les détails de la technique opératoire de ces opérations, renvoyant aux traités de gynécologie et aux monographies que nous signalerons chemin faisant. Nous nous bornerons à en donner une idée générale et à en apprécier les résultats, afin de pouvoir les comparer en toute connaissance de cause avec les autres procédés.

Occupons-nous d'abord de l'hystéropexie proprement dite (gastro-hystéropexie, ventro-fixation, gastro-hystérorraphie, etc.).

M. Baudouin la définit : « Utéro-fixation abdominale antérieure, ou opération consistant en une laparotomie suivie de la fixation à l'aide de points de suture, soit de l'utérus, soit des annexes, à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure ».

Elle fut pratiquée pour la première fois par Kœberlé, le 27 mars 1869, dans le but de remédier à une rétroflexion utérine au cours d'une laparotomie faite pour combattre des accidents d'occlusion intestinale chronique. Après réduction, il enleva un ovaire sain et sutura

le pédicule au bord inférieur de la place. L'opération ne fut publiée que 6 ans plus tard (1).

Marion Sims aurait fait de son côté la même opération en 1875, sans avoir eu connaissance de celle de Kœberlé. — Citons encore la première opération de Tait, faite le 26 février 1886. Mais l'opération ne prit définitivement son essor qu'après l'avènement de l'antisepsie. Pratiquée d'abord en Allemagne par Olshausen (1885), Saenger, Klotz, Czerny, Kelly, etc. M. Terrier fait en France, la première hystéropexie de propos délibéré, le 13 mars 1888 ; elle est bientôt suivie d'opérations par MM. Lucas-Championnière, Routier, Picqué, et la question est portée à la Société de Chirurgie. Enfin, en 1890, paraît la thèse de Marcel Bandouin, renfermant 233 observations d'hystéropexies (157 d'hystéropexies complémentaires et 98 d'hystéropexies primitives, types).

Rappelons très schématiquement, comme procédé type, le manuel opératoire de M. Terrier (2). Il comporte les temps suivants :

1° Laparotomie ; 2° détachement des adhérences et ovariectomie, s'il y a lieu ; 3° l'utérus est amené au contact de la paroi abdominale par un fil de soie suspenseur passé dans le fond de l'organe. Des fils fixateurs de soie sont ensuite passés de la manière suivante : ils traversent la paroi abdominale, peau exceptée, ressortent par le péritoine, puis sont conduits en faufilet dans l'épaisseur même du tissu utérin ; les fils sont noués, formant ainsi des sutures perdues, par-dessus lesquelles on réunit les téguments. Ce procédé est un procédé *direct*, c'est-à-dire que l'utérus est directement fixé par sa face antérieure à la paroi abdominale, et à *sutures perdues*. Dans cette catégorie rentrent les procédés de Czerny (2 fils fixateurs en anse simple), Laroyenne, Picqué (sutures bilatérales et symétriques), Pozzi (dans son ancien procédé, suture continue à surjet),

(1) Bull. et mém. Soc. Chirurgie, 1875, et Gaz. méd. de Strasbourg, 1^{er} mars 1877.

(2) Dumoret. — Th., Paris, 1889.

Legueu (2 fils pour chaque fil fixateur). — Signalons aussi les procédés de Zinmeister et Faucon, dans lesquels les sutures unissant l'utérus à la paroi abdominale sont, non plus transversales, mais verticales. Les uns font des sutures à la soie, les autres au catgut. Une autre catégorie est celle des procédés *directs* à *sutures temporaires*. Les fils traversant la paroi abdominale et l'utérus sont enlevés lorsque les adhérences ont eu le temps de se produire. Le procédé type est celui de Léopold. Cet auteur avive de plus la portion de la face antérieure de l'utérus circonscrite par les sutures.

Les procédés *indirects* se proposent de fixer l'utérus à la paroi par l'intermédiaire des annexes ou des ligaments.

Ainsi avaient procédé Kœberlé et Klotz, fixant après l'ablation des annexes, le pédicule à la paroi abdominale. Kelly fixe les ligaments utéro-ovariens par des sutures perdues.

Olshausen, Saenger fixent les cornes utérines, laissant libre la face antérieure de l'utérus, par des sutures distinctes des sutures profondes de la plaie abdominale (crin de Florence). Elles passent à quelques centimètres en dehors de chaque côté de l'incision abdominale, embrassant le bord interne des ligaments ronds et le bord interne des ligaments larges, plutôt que les cornes utérines elles-mêmes ; ce procédé ménage une fente entre la paroi abdominale et la paroi dans laquelle l'intestin peut s'engager et venir s'étrangler.

Disons enfin un mot de l'hystéropexie *extra-péritonéale*, dans laquelle on se propose de fixer l'utérus à la paroi sans ouvrir le péritoine, méthode qui n'a plus qu'un intérêt historique. Marion Sims (1859), par exemple, amène l'utérus contre la paroi au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, puis avec une forte aiguille courbe il embroche paroi abdominale et utérus ; l'aiguille ressort à travers la paroi de l'autre côté ; le fil est passé, les deux bouts liés sur la peau et l'opération est terminée. Sims n'aurait d'ailleurs jamais exécuté cette opération sur le vivant ; elle fut cependant reprise et exécutée par Caneva, Assaky, Vaton. Ce simple aperçu suffit à

montrer les inconvénients de la méthode, souvent impraticable ; (utérus adhérent, paroi abdominale épaisse,) toujours dangereuse et aveugle (1). Nous ne la comprenons plus à notre époque de chirurgie à ciel ouvert.

Nous serons encore plus bref sur la vagino-fixation.

Dans les pexies vaginales, l'utérus peut être fixé directement par son col (trachélopexie), ou par son corps (hystéropexie vaginale proprement dite), ou indirectement, en agissant sur les parois vaginales (Pexie vaginale ou vagino-pexie).

Pexies vaginales. — Amussat cautérise au fer rouge la paroi antérieure du vagin pour produire une bride cicatricielle faisant basculer l'utérus. Sims suture un pli transversal fait au vagin sur sa paroi postérieure, afin d'attirer le col en arrière.

Trachélopexies. — Nous citons seulement les procédés de Nicoletis (1887) et Byfort (1888), pour arriver aux hystéropexies proprement dites.

Schücking (de Pyrmont) (1888) introduisait dans l'utérus une aiguille armée d'un fil double qu'il faisait ressortir dans le cul-de-sac vaginal antérieur. Ce procédé n'a guère plus d'intérêt que celui de Swiccicki (1891), qui ouvrait le cul-de-sac antérieur et le tamponnait avec de la gaze imbibée d'alcool, voulant produire une inflammation adhésive amenant la fixation de l'utérus en avant.

Seuls les procédés de Mackenrodt et Dührssen, modifiés en France par Le Dentu et Pichevin, et récemment par Richelot, ont été employés.

Le manuel opératoire comporte, en somme, les temps suivants : 1^o incision de la paroi vaginale antérieure ; 2^o décollement et refoulement de la vessie en avant et en haut ; 3^o suture du corps de l'utérus aux bords avivés de l'incision vaginale ; suivant les procédés le cul-de-sac péritonéal est ou non ouvert (2).

(1) Roux, *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, 4 décem. 1889.

(2) Nous renvoyons, pour l'histoire, la description assez complexe des modes opératoires, à Merlet (Th. Paris, 1899) ; et Delagénère (*Loco citato*).

Quels sont maintenant les résultats de ces deux méthodes d'hystéropexie. Elles offrent toutes deux un inconvénient primordial, c'est que l'utérus n'est pas remis dans son axe normal, mais dans une antéverson plus ou moins exagérée, ce qui est transformer une déviation en une autre. De plus, l'hystéropexie place dans l'abdomen un organe essentiellement pelvien. Ce ne sont donc pas de véritables opérations physiologiques.

Beaucoup plus graves malheureusement sont les résultats éloignés de l'opération. Que va-t-il se passer dans cet utérus fixé par des adhérences anormales, s'il survient une grossesse. Trois hypothèses peuvent être faites pour expliquer l'évolution régulière d'une grossesse dans un utérus ainsi fixé (1).

1° Ou bien les adhérences s'étirent jusqu'à la rupture et disparaissent de telle sorte, qu'après l'accouchement se reproduira la déviation. L'opération aura donc été inutile, l'opérée n'en tirant aucun bénéfice.

2° Ou bien ces adhérences pourront subir des modifications susceptibles de laisser à l'utérus sa libre expansion : la grossesse évoluera alors à terme.

3° Ou bien les adhérences résistant, la paroi ainsi fixée ne pourra se développer, et l'ampliation de l'utérus se fera aux dépens des autres faces qui fourniront l'étoffe nécessaire. Mais ce développement a une limite, si la paroi augmente d'étendue, son épaisseur va en diminuant dans une proportion correspondante, et ainsi se produira la rupture utérine.

Envisageons d'abord l'hystéropexie (2).

Küstner déclare au Congrès de Fribourg en Brisgau (1889) qu'une grossesse étant acquise, l'avortement est inévitable. Cependant on

(1) Lucien. Th. Nancy, 1896.

(2) Consulter Demelin. — *Des hystéropexies considérées au point de vue obstétrical*. *L'Obstétrique*, 15 sept. 1895.

a rapporté un assez grand nombre de cas où la grossesse était allée jusqu'à terme (Sanger, Olshausen, Fraipont, Klotz, Routier, Terrier, etc). (1).

Les exceptions sont cependant assez fréquentes ; citons par exemple : Goubaroff (2) a publié un cas où il dut pratiquer une opération césarienne chez une femme ayant subi l'hystéropexie 4 ans auparavant. Miländer (3) a réuni 74 cas de grossesse chez des hystéropexiées, 65 grossesses à terme, 3 accouchements prématurés, 6 avortements. Piras (4) rapporte sur 83 observations, 11 avortements, 3 accouchements prématurés. Les adhérences se seraient relâchées 8 fois, 3 fois la rétroversion s'est reproduite. Dans 5 cas, la cicatrice est restée le siège de douleurs plus ou moins intenses, 5 accouchements avec présentations vicieuses, 11 fois de l'inertie utérine, 5 fois des hémorragies post partum. Strassmann (5) publie 2 cas d'accouchement avec graves complications du travail. Laroyenne (6), sur 60 hystéropexies, a 3 grossesses dont une seule va à terme. Abel (7) rapporte 1 cas d'opération césarienne suivie de Porro chez une ancienne hystéropexiée, par suite d'un obstacle insurmontable à l'accouchement. Norris (8) a observé un cas dans lequel la paroi utérine, épaissie au niveau de la ventrofixation, créait de tels dangers pour l'accouchement qu'il dut pratiquer la version céphalique et appliquer le forceps ; l'enfant mourut. Noble (9) dut également pratiquer la césarienne suivie de Porro ; l'accouchement à terme ne pouvant s'effectuer par les voies naturelles, la

(1) Lafaye. *Etude de quelques opérations sur l'utérus et les annexes dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement*. Th., Paris, 1895.

(2) Goubaroff. *Arch. de Tocol.*, 1895, p. 806.

(3) Miländer. *Ventrofixat des Uterus-Schwangerschaft und Querlage des Kindes*. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, XXXIII n° 3, p. 464.

(4) Piras. Th., Paris, 1894. *De l'hystér. abd. dans ses rapports avec la puerpéralité*.

(5) Strassmann. *Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 25 oct. 1895.

(6) Laroyenne. *Lyon médical*, 1895, n° 6.

(7) Abel. *Soc. de méd. berlinoise*, mars, 1896.

(8) Norris. *Amer. Gyn. and. Obst. Journ.*, Févr. 1896, p. 149.

(9) Noble. *Amer. Gyn. and. Obst. Journ.*, 1896, p. 213, et *Medical News*, 13 juin 1895.

femme mourut de péritonite. A la suite de ce cas, il fit une enquête et apporta au XXI^e Congrès annuel de l'American gynecological Society (4) la statistique suivante : 165 grossesses donnant 17 fausses couches, 6 accouchements prématurés, 60 cas de dystocie, dont 2 extractions artificielles, 8 forceps, 5 versions, 3 césariennes et 3 morts. Von Guérard (1) rapporte un cas où l'hémorragie utérine nécessita la laparotomie et s'arrêta dès que furent détruites les adhérences utéro-pariétales qui étaient d'une extrême solidité et rendirent pénible la libération de l'utérus.

Lapthorn Smith (2), étudiant 2500 cas, dont 111 personnels, note 148 grossesses ; dans 30 0/0 des cas on a observé de la douleur, des avortements ou des accouchements difficiles ayant nécessité des opérations obstétricales.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, rapportons les lignes suivantes de Doléris (3). « J'ai récemment observé à la Maternité de l'Hôpital Boucicaut une femme dont le fond de l'utérus avait été très solidement fixé à la région sus-pubienne de l'abdomen, qui, après l'accouchement, présenta une rétention persistante des sécrétions lochiales, avec fièvre et infection due à la flexion absolue avec atrésie mécanique de l'orifice interne du col utérin. »

Plus désastreuse encore est la *vagino-fixation*.

Velde (4) publie un cas de mort chez une femme de 38 ans. Menaces de rupture utérine. Laparotomie et opération césarienne qui montre l'amincissement extrême de la paroi utérine postérieure. Mort par hémorragie interne au bout de quelques heures.

Strassmann (5) relève pendant la grossesse les traits suivants : a) douleurs au niveau de la cicatrice vaginale : 6 cas ; b) avorte-

(1) Von Guerard. *Centr. f. Gyn.*, 1896, 18 mai.

(2) Lapthorn Smith. *Cases of pregnancy following ventrofix.* (*Med. News*, p. 56, juillet 1898).

(3) *Journ. de Médecine*, 18 déc. 1898.

(4) *Gesellsch. der Charité Aerzten, in Berlin. Deutsch. med. Zeit.*, 27 juin 1898.

(5) *Ges.f. Geb. Gyn. Berlin*, 28 oct. 1898.

ments, 25 0/0 (procédé Dührssen), 27 0/0 (procédé de l'auteur) ;
c) douleurs vésicales et troubles de la miction.

Strassmann (1) rapporte un cas de présentation transversale, avec procidence du cordon, version exécutée avec la plus grande difficulté en raison des rapports nouveaux établis par la vagino-fixation ; hémorragie *post partum* des plus graves ; rupture au niveau de la cicatrice, et un autre cas : accouchement impossible par les voies naturelles, orifice cervical dirigé en haut et en arrière vers le promontoire. Porro. Mort par hémorragie intra-péritonéale, 1 heure et demie après l'opération.

Cas de Græfe : Présentation transversale, col dirigé en haut ; version impossible ; opération césarienne.

Rühl (2), 12 cas de grossesse, 3 versions très difficiles, 1 cas nécessitant la craniotomie, et 2, l'incision de la cicatrice vaginale.

Wertheim (3) rapporte une observation de Dührssen, dans laquelle les adhérences étaient si résistantes au moment de l'accouchement qu'on fut obligé de pratiquer l'opération de Porro, dont la femme mourut. Il rapporte, en outre, 3 faits personnels : dans le premier, la femme avorta au 4^e mois, dans le deuxième, l'accouchement se fit à terme, dans le troisième, l'accouchement ne put s'effectuer spontanément et il fallut faire la version de Braxton Hickx.

Vineberg (4), sur 58 cas de grossesse chez ses opérées, eut 9 interventions : 1 Porro, 1 césarienne, 2 incisions du col utérin et 5 versions,

Nous pourrions rapporter encore de nombreuses observations. Bornant là nos citations pour ne pas sortir de notre sujet, nous voyons qu'en résumé, hystéropexie et vagino-fixation compromettent gravement l'issue des grossesses ultérieures. Cependant il est

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1896, Bd. L., p. 475.

(2) *Cent. f. Gyn.*, 1896, n° 5.

(3) *Cent. f. Gyn.*, 1896, 11 janvier.

(4) *Med. News*, 14 mars 1896.

possible de remédier, au moins dans une certaine mesure, à cette terrible éventualité. Rappelons, en effet, brièvement, comment se fait l'amplication de l'utérus pendant la grossesse. Pendant les 6 premiers mois, c'est le fond de l'organe qui fournit presque toute l'étoffe nécessaire au développement. L'insertion des trompes, qui, sur l'utérus à l'état de vacuité, se trouve à peu près à égale distance des faces antérieure et postérieure, se trouve reportée, sur l'utérus gravide, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Il y a une partie du corps utérin qui ne prend qu'une part minime à ce développement, c'est la partie de la face antérieure limitée par les trompes, en haut et l'isthme, en bas. La fixation portant sur cette partie n'apporterait donc que peu de gêne au développement utérin. D'où la règle formulée ainsi par M. le ^r Laroyenne (1): « Les sutures devront toujours être placées sur la face antérieure de l'organe, un peu au dessous de la ligne passant par les ouvertures des trompes, et surtout sans empiéter sur les faces latérales. »

Enfin, pour la vaginopexie, on a essayé d'obtenir des adhérences assez résistantes pour maintenir l'utérus dans sa position nouvelle, tout en étant cependant assez lâches pour permettre à l'utérus de se développer sans entrave s'il survenait une grossesse. Rissmann (2) a démontré, par des expériences faites sur des chats, des chiens, et des lapins, que les adhérences aseptiques de séreuse à séreuse sont moins résistantes que les adhérences fibro-séreuses résultant de la suture du tissu conjonctif au péritoine. On devait donc, dans une vaginopexie, laisser d'abord le fond de l'utérus libre, puis éviter d'adosser aux lèvres de la plaie vaginale la surface cruentée de l'utérus, car il se formerait de la sorte des adhérences trop solides et dangereuses pour la fonction de l'organe.

(1) Blanc. *De la grossesse et du travail après l'hystéropexie abdominale* (pro-cédé du prof. Laroyenne). Th., Lyon.

(2) Rissmann. *Berlin klinik. Woch.*, 20 juillet 1896.

Suivant Merlet (1), « l'opération faite dans ces conditions, permet d'éviter la récidence et laisse à l'utérus la mobilité nécessaire pour que la grossesse et l'accouchement puissent évoluer normalement.

Enfin, Dührssen propose la vagino-fixation. L'expérience manque pour en établir la valeur.

Fritsch va plus loin. Quand on fait une vagino-fixation, dit-il (3), on ne peut jamais affirmer que s'il survient une grossesse, elle sera sans danger pour la femme. Cette possibilité est pour l'opérée une menace perpétuelle, et il est du devoir du médecin de chercher à l'en délivrer. Le moyen le plus simple est d'oblitérer les trompes ». C'est ce qu'il fit une fois; il réséqua par la voie vaginale 1 centimètre des trompes, qu'il ligatura ensuite.

N'est-il pas plus sage de s'abstenir complètement de cette opération, et de s'adresser à d'autres, qui sont, comme nous le montrerons, tout aussi efficaces, et sans inconvénients ultérieurs.

Pour en finir avec les opérations pratiquées sur l'utérus lui-même dans les cas de rétrodéviation, rappelons qu'on a pratiqué certaines opérations dans le but de remédier à la flexion de l'organe en arrière; il s'agit de véritables autoplasties.

Tels sont les procédés d'Elisher, de von Rabenau, de Doyen. Nous ne dirons un mot que du procédé de ce dernier auteur. — Après ouverture du cul-de-sac antérieur, l'utérus étant fortement abaissé, une forte soie enfilée à ses deux bouts est placée sur la face antérieure de l'utérus de la manière suivante : une des aiguilles est enfoncée dans le tissu utérin, faisant un trajet d'environ 15 millimètres, la deuxième aiguille est introduite de même, 15 millimètres plus bas et dans le même sens. Il suffit de nouer les deux bouts du fil pour rapprocher les tissus compris dans l'anse du fil et raccourcir la face antérieure de l'utérus.

(1) Merlet. Thèse, Paris, 1899.

(2) Fritsch. *Centralbl. für Gyn.*, oct. 1897, p. 228.

Enfin, Jonnesco (de Bucarest) (1) pratique, après laparotomie, une cunéohystérotomie (ablation d'un fragment de l'utérus en forme de coin, puis suture). Il combine cette opération avec le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds et des ligaments larges.

(1) Jonnesco. *Congrès de Moscou*.

CHAPITRE IV.

Opérations sur les ligaments.

Nous abordons maintenant l'étude des opérations pratiquées sur les ligaments utérins, dans le but d'obtenir par leur raccourcissement la réduction de l'utérus dévié et le maintien de cette réduction.

On s'est adressé aux ligaments *utéro-sacrés*, aux *ligaments larges* et aux *ligaments ronds*.

I. LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS.

Nous serons très brefs sur les interventions pratiquées sur ces premiers ligaments.

Selon la remarque de Delbet, ce serait une opération essentiellement physiologique, étant donné le rôle important que semblent jouer ces ligaments dans la statique de l'utérus (Schultze).

Kelly (1), aurait eu le premier l'idée de cette intervention, mais la première opération, *par la voie abdominale*, fut faite par Frommel (2). Voici, sommairement, comment il procéda. Après

(1) Kelly. *Am. Journ. of. med. Scienc.*, 1888, vol. XCV, p. 468.

(2) Frommel. *Cent. f. Gyn.*, 1890, n° 6, p. 94.

laparotomie, libération de l'utérus, etc., on recherche les ligaments utéro-sacrés, ou replis de Douglas, qui forment deux sortes de faux dont les bords concaves limitent la cavité de Douglas sur les côtés. On passe sur les ligaments un fil de soie les traversant près de leur insertion utérine et passant ensuite sous le péritoine des parties latérales du bassin. La traction exercée sur les ligaments les coude, diminuant ainsi leur longueur, d'autant plus que le point de fixation aux parois pelviennes est plus élevé. Le col de l'utérus est attiré en arrière, et par suite, le fond en avant, par un mouvement de bascule.

Cette méthode a rencontré peu de partisans.

Gottschalk procède par la *voie vaginale*, après ouverture du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac de Douglas. Les ligaments utéro-sacrés sont raccourcis par couture, au moyen d'un fil de soie. — Il rapporte (1) deux observations pratiquées avec succès.

Wertheim et Mandl (2) combinent le *raccourcissement des ligaments utéro-sacrés avec celui des ligaments ronds intra-péritonéal*. L'originalité du procédé consiste en ce que les auteurs font leur incision dans le cul-de-sac antérieur du vagin, abaissent l'utérus et découvrent sa face postérieure. Ils détruisent les adhérences, s'il y a lieu, recherchent les ligaments utéro-sacrés et réunissent par un fil de soie leurs extrémités rectales et cervicales. L'opération est terminée par le raccourcissement des ligaments ronds, qui d'après eux, ne serait utile que s'il y a en même temps prolapsus.

Enfin, Hochenegg (3), dans un cas de rétroflexion adhérente, pratiqua le raccourcissement de ces ligaments par la voie sacrée. Il s'agissait d'un cas de rétroflexion utérine fortement fixée en arrière, et dans lequel le fond de l'utérus était senti par le rectum, juste au-

(1) Gottschalk. *Cent., f. Gyn.*, 16 avril 1896.

(2) *Cent. f. Gyn.*, 2 mai 1896.

(3) Hochenegg. *Cent. f. Gyn.*, 1895, 20 avril.

dessus du sphincter. Opération hasardeuse, le rectum, les uretères et la vessie pouvant être blessés.

En somme, ces opérations ont été peu pratiquées.

II. — LIGAMENTS LARGES.

Le raccourcissement des ligaments larges a, lui aussi, été peu de fois mis en pratique. Pozzi (1) ne lui consacre qu'une simple note ainsi conçue : « Le raccourcissement des ligaments larges ne nous occupera pas. Nous croyons que ce procédé est très inférieur aux procédés ordinaires. »

M. Terrier (2) aurait conçu l'idée de ce procédé sans connaître les essais des chirurgiens anglais, mais il ne l'aurait jamais mis à exécution de parti pris.

D'après Polk (3), cette opération aurait été exécutée au cours d'interventions diverses, en Angleterre, par Tait et Imlack.

Le procédé de Tait consiste dans le plissement de la partie supérieure et interne du ligament large, en comprenant dans l'anse du fil destinée à faire ce plissement l'extrémité utérine du ligament rond. Le redressement de l'utérus s'obtient donc par la combinaison du raccourcissement du ligament large et du raccourcissement du ligament rond.

D'après Polk, ce procédé aurait été employé par des chirurgiens américains dans un grand nombre d'ablations d'annexes. On y aurait eu recours, lorsque, dans une laparotomie pour lésions annexielles, on trouvait en même temps une rétrodéviation (4). Dans ces cas, si l'on fait en même temps la castration, l'anse du fil passe non entre le ligament rond et la trompe, mais au-dessous de ce

(1) Pozzi. *Traité de Gynécologie*. Masson, 3^{me} édit., p. 550.

(2) Marcel Baudouin. *Loc. citat.*

(3) *Transact of the Amer. gynec. Society*. Année 1889, p. 250.

(4) Voir Vallin. *Situation et prolapsus des ovaires*. Th., Paris, 1887.

ligament rond, de façon à en comprendre une portion plus ou moins longue dans le pédicule des annexes.

Le procédé d'Imlack (1885) consiste dans le plissement du bord externe des ligaments larges, le ligament rond restant entièrement hors de cause. « Imlack agit sur le ligament infundibulo-pelvien », dit Polk. Imlack a employé ce procédé 14 fois. Nous n'insistons pas davantage, car il s'agissait de cas de prolapsus des ovaires.

Enfin, dans l'ordre chronologique, vient le procédé de notre Maître (1890), dont nous donnerons plus loin la description avec la statistique des opérations pratiquées à la clinique.

Le procédé de Duret et Cayre s'adresse, lui aussi, nettement aux rétrodéviations. Voici la description du procédé telle que ces auteurs l'ont publiée à la Société anatomo-clinique de Lille (1).

OBSERVATION.

Oophorectomie double. Redressement de l'utérus en rétroflexion par suture des lambeaux des ligaments larges en arrière de l'organe.

X..., 25 ans, se présentait au mois de décembre dernier, se plaignant de douleurs dans le côté droit.

Réglée à 12 ans, mariée à 20 ans, ayant déjà de la leucorrhée. Peu de temps après son mariage, ses pertes blanches devinrent plus abondantes. Pendant quelques jours, elle eut des mictions douloureuses. En même temps elle devint enceinte et accoucha deux mois avant terme d'un enfant qui vécut trois semaines. Depuis elle a des douleurs dans le bas-ventre, à droite surtout, de la fièvre, du ballonnement. Les menstruations sont irrégulières et très douloureuses. Au toucher on sent un col granuleux. La lèvre antérieure est grosse, l'utérus en rétroflexion nette. A droite, très haut, annexe très sensible, à gauche; ovaire dur et douloureux; au spéculum, on voit un col relevé, granuleux. On porte le diagnostic de métrite et on traite la malade avec des crayons d'ichthyol et des tampons imbibés d'une solution

(1) *Journal des Sciences méd. de Lille*, 1890, t. I, p. 517.

d'extrait de belladone, ichthyol et glycérine. Quelques jours après, la malade sortait, sur sa demande, très améliorée. Le 11 mars dernier, les douleurs reparaisant, la malade vient de nouveau nous consulter. Au toucher, on sent dans le cul-de-sac gauche, la trompe grosse, tortueuse, rénitente, située très bas. Du côté droit, l'ovaire est très douloureux, mais paraît sain. Le 16 mars, la malade rentre à l'hôpital. Les annexes sont situées très haut et paraissent saines d'un côté; M. Duret intervient par la voie abdominale. Incision sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. On opère aussitôt le renversement pour explorer les organes pelviens. Du côté gauche, l'ovaire et la trompe sont fixés par des adhérences membraneuses, opalescentes, derrière le ligament large. On les décolle et on les déroule pour les ramener à leur situation normale. Application de pinces-clamp sur les ligaments larges. Section à l'aide des ciseaux. Les artères sont recherchées et ligaturées isolément au catgut. On pratique ensuite une suture continue sur la partie sectionnée du ligament large. Du côté droit, la trompe et l'ovaire sont fixés en arrière par des adhérences et en partie prolabés. Il sont situés très haut et n'ont pas pu être aisément perçus par le palper. Comme de l'autre côté, application de pinces-clamp sur les ligaments larges, ligature isolée des artères et suture continue du ligament. Ceci terminé, on prend la partie restante des ligaments larges, qu'on suture au catgut de façon à ramener ces replis l'un vers l'autre derrière l'utérus. Ils forment ainsi une sangle tendue, appliquée contre l'utérus qu'ils maintiennent très solidement dans sa position verticale, flexion antérieure ou postérieure, juste dans l'axe du bassin. Le cul-de-sac de Douglas est ainsi en partie régulièrement reformé. Le ventre est ensuite refermé par trois plans de suture, deux profonds, au catgut, le troisième, au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme et à la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été bénignes. Pas de fièvre. Réunion par première intention. La malade n'éprouve plus aucune douleur et est aujourd'hui complètement guérie.

Il s'agit là, en somme, d'opérations complémentaires de salpingo-oophorectomie. Tout autre est le procédé de raccourcissement des ligaments larges par la voie vaginale, de Kocks (de Bonn) (1).

Selon Kocks, la base des ligaments larges forme des liens reliant

(1) *Cent. f. Gynaek.*, 1896, 8 août, n° 32 (Figures très démonstratives).

les parois latérales du bassin au col (ligaments cardinaux) qui supportent l'utérus et forment l'axe autour duquel cet organe se meut. Les déplacements de l'utérus seraient dus au relâchement de ces ligaments cardinaux.

Voici brièvement sa manière de procéder :

Après abaissement du col de l'utérus, incision transversale du cul-de-sac antérieur au ras du col, décollement de la vessie avec le doigt prolongeant ce décollement de chaque côté, en empiétant sur le ligament large, toujours recouvert, d'après Mackenrodt, dans une certaine étendue, par la vessie. Le décollement est arrêté au péritoine. On place un écarteur sous le pubis, pour maintenir vessie et uretères soulevés et on procède alors au raccourcissement proprement dit, de la façon suivante : Un premier fil est passé d'avant en arrière dans l'épaisseur du ligament large, à 2 centimètres du bord du col. Ce fil ressort d'arrière en avant, au ras du bord gauche du col, pour repasser d'avant en arrière au ras du bord droit, à travers toute l'épaisseur du ligament large et être ramené en avant 2 centimètres plus loin. Les deux chefs du fil sont noués, rapprochant l'un de l'autre, au-devant du col utérin, les ligaments larges droit et gauche. Cinq ou six fils sont placés de la même manière les uns au-dessus des autres. On termine en suturant transversalement l'incision vaginale et par suite, la vessie au bord le plus élevé de la surface de décollement. Comme accidents possibles dans le cours de l'intervention, signalons la blessure de la vessie, des uretères et du rectum. Kocks ne prend pas toute l'épaisseur du ligament large gauche, probablement pour éviter ce dernier accident.

L'opération est bénigne. Kocks l'a mise en pratique dans trois cas de rétrodéviations, avec, dit-il, heureux résultat. L'opération est trop récente et le nombre des opérées trop restreint pour qu'on puisse juger de son efficacité en toute connaissance de cause.

Cependant elle ne peut s'appliquer qu'aux rétrodéviations mobiles et nous ne pensons pas qu'elle puisse se comparer avec une

autre intervention qui a fait ses preuves et d'une exécution plus simple, nous voulons dire l'Alexander.

Enfin, disons quelques mots seulement sur la fixation des ligaments larges.

La fixation abdominale des ligaments larges a pour but de fixer l'angle interne des ligaments larges à la paroi abdominale pour le maintenir en antéversion. C'est, en somme, un procédé d'hystéropexie indirecte.

Winiwarter (1886), après traitement des annexes, réduction de l'utérus, etc., passe un fil à 4 centimètre du bord de l'utérus, au-dessous de l'ouverture de la trompe dans l'utérus ; ce fil transfixe le ligament large d'avant et arrière, et repasse d'arrière en avant 15 millimètres plus loin. Les deux chefs sont passés dans la paroi abdominale, à 4 centimètre l'un de l'autre et à 2 centimètres de la ligne médiane, ne traversant que le péritoine et l'aponévrose. Un fil semblable est placé de l'autre côté. Les fils sont noués et le ventre suturé comme d'habitude.

Cette opération a, en somme, le même pronostic que les hystéropexies, peut-être un peu atténué. Elle a été très peu employée.

III. — LIGAMENTS RONDS.

La fixation abdominale des ligaments ronds, n'est, en somme, qu'un procédé d'hystéropexie indirecte. L'hystéropexie suivant la méthode d'Olshausen-Saenger rentre dans cette catégorie. L'opération type est la trachéloplexie ligamentaire de C. Beck, qui est une fixation réelle du ligament rond à la paroi abdominale.

Après laparotomie, traitement des affections annexielles, etc., on saisit avec une pince un des ligaments ronds, à 2 ou 3 centimètres de son insertion sur l'utérus. On incise la séreuse sur une longueur de 2 à 3 centimètres sur le ligament et parallèlement à sa direction. Par la boutonnière ainsi faite, le ligament rond est isolé et attiré au dehors de façon à former une anse, qu'on maintient écartée. On réunit les lèvres de la boutonnière séreuse au dessous de l'anse formée, puis, attirant l'anse du ligament dans l'ouverture abdo-

minale, on réunit au dessous de cette anse les différents plans de la paroi, péritoine et aponévrose. En arrivant à la peau, on suture le ligament rond lui-même dans l'épaisseur du derme. par une suture intra-dermique.

L'utérus est donc soulevé par un de ses ligaments ronds, il est comme suspendu.

Guenther (1) pratique la fixation des ligaments ronds à la paroi abdominale sans l'ouvrir, en procédant par la voie vaginale : ouverture du cul de sac antérieur; le fond de l'utérus est attiré dans la plaie. On saisit ensuite le ligament rond d'un côté, le transperce avec un fil de soie ressortant trois centimètres plus loin sur le ligament large. Le chef le plus interne du fil est placé de la même façon à travers le ligament rond et le ligament large du côté opposé. Puis l'une des extrémités du fil étant enfilée dans une longue aiguille courbe, on guide cette aiguille sur le doigt et on la fait passer au-dessus de la vessie, dans la cavité péritonéale, jusqu'au contact de la paroi abdominale. L'autre main placée sur le ventre sent la pointe de l'aiguille, qui est alors poussée à travers la paroi ; même opération est faite par l'autre chef. Les 2 chefs sont ensuite noués. Il est inutile d'insister sur les dangers que peut présenter cette méthode plus originale que pratique.

Enfin, Wertheim pratique la fixation des ligaments ronds à la paroi vaginale, en procédant par la colpotomie antérieure. Il l'a pratiquée 1 fois, et Schauta 4 fois, avec un bon résultat. Il s'agit en somme, d'une vaginopexie indirecte, aussi nous n'insistons pas sur ce procédé.

Nous nous arrêterons un peu plus longuement sur les méthodes dont nous allons aborder l'étude, et qui ont pour but le raccourcissement des ligaments ronds. La première opération, extra-péritonéale, procède par la voie inguinale, c'est l'opération d'Alexan-

(1) Naulleau. *Trachélopexie ligamentaire de C. Beck*, 10 Observations. — *Centralblatt für Gyn.*, 1896, 22 février, p. 215.

der. La deuxième, intra-abdominale, raccourcit les ligaments ronds après laparotomie, c'est le raccourcissement intra-abdominal. Nous serons un peu plus brefs sur la première opération, bien connue maintenant, dont les indications et les résultats sont à l'heure actuelle bien déterminés.

Nous ne dirons qu'un mot du rôle physiologique de ces organes(1).

Ils attirent le fond de l'utérus en avant, comme nous l'avons déjà dit; par leur tonicité et par la contraction même des fibres musculaires qui entrent dans leur composition, ils empêchent à l'état normal la rétrodéviation passagère, produite par la réplétion vésicale, de demeurer permanente. Ce rôle est indéniable. Rappelons l'expérience de Spiegelberg (2). Ayant eu l'occasion d'examiner le cadavre d'une femme aussitôt après sa décapitation, il constata que le fond de son utérus touchait le sacrum. Il fit alors passer un courant induit à travers l'utérus, qui sous l'influence du courant, se souleva et se plaça perpendiculairement dans le bassin. Alors les ligaments ronds se tendirent et attirèrent l'utérus en avant.

La notion de l'influence de ces ligaments dans les déviations utérines est de date relativement récente. — Avicenne (*De matricis exitu et pulsione*, lib. III, cap. XXI), considère bien le relâchement des ligaments comme une des causes de la chute en bloc de la matrice, de même Ambroise Paré (*De la précipitation ou perversion de la matrice. Livre de la génération*), Guillemeau, Franco, Fabrice d'Acquapendente, mais ce n'était là qu'une hypothèse toute gratuite dont ils ne donnaient aucune preuve, et de plus, ils parlaient des ligaments de l'utérus en général, sans spécifier l'action des ligaments ronds en particulier.

Mme Boivin et Dugès (1833) sont plus explicites : « Les cordons sus-pubiens s'opposent à l'abaissement considérable de l'utérus, et surtout à cette inclinaison en arrière, inévitable dans le 2° degré du

(1) Beurnier. *Les lig. ronds*, th. Paris, 1886.

(2) *Monatschr. f. Geb.*, 1884, page 10.

prolapsus ; il faut donc les supposer alors allongés par un relâchement maladif. »

Enfin, Alquié, professeur à Montpellier, présente à l'Académie de Médecine, le 17 novembre 1840, un mémoire sur « une nouvelle méthode pour traiter les divers déplacements de la matrice ». — Une Commission composée de Villeneuve et de Baudelocque fut nommée pour examiner ce travail ; cependant on ne voit dans les Bulletins de l'Académie aucun rapport sur cette question. — D'ailleurs, en 1850, Alquié fit paraître un livre sur la « Chirurgie conservatrice ou moyen de restreindre l'utilité des opérations », dans lequel il propose encore de raccourcir les ligaments ronds pour traiter certains cas de rétroflexion et de rétroversion : mais il ne dit pas l'avoir jamais essayé sur le vivant.

L'opération fut d'ailleurs peu goûtée et Aran, que nous citons textuellement, porte sur elle le jugement suivant : « Mais le déplacement est permanent et il y a tout lieu de croire qu'il est la cause des accidents dont se plaignent les malades. Que faire ? Nul doute, si la chose était possible, que l'on dût agir sur les ligaments, et l'on peut même se demander avec M. le Professeur Alquié, si pour les abaissements et les rétroversions il n'y aurait pas lieu de raccourcir artificiellement les ligaments sus-pubiens, mais ce sont là des choses sinon impraticables, du moins dont l'exécution présente de sérieuses difficultés et des dangers tels qu'on ne saurait les recommander expressément. »

Nous nous demandons maintenant quels dangers peut courir l'opérée. Cependant Pajot dit encore en 1886, parlant de cette même opération : « Si l'on disait complètement, loyalement aux femmes les dangers qu'elles peuvent courir, pas une ne voudrait s'exposer à des risques aussi sérieux. » — Deneffe fit, à Gand, une opération incomplète (1). Mais le véritable créateur de l'opération est Alexan-

(1) *Presse médic. belge*, Sept. 1885.

der, de Liverpool, qui fit sa première opération le 14 décembre 1881 ; il la publia seulement en 1883. Dans l'intervalle, Adams, de Glasgow, avait fait de son côté la même opération, dont il publia le manuel opératoire en 1882. Nous n'entrerons pas davantage dans l'historique de la question, ni dans sa priorité, qui fit l'objet de nombreuses discussions, n'offrant plus maintenant qu'un médiocre intérêt, et tout le monde s'accorde à nommer cette opération du nom de ses trois promoteurs : *Opération d'Alquist-Alexander-Adams*.

Nous rappellerons seulement que la première opération d'Alexander fut faite en France, par M. Duplay, en 1885.

Nous exposerons au chapitre suivant plus en détail le manuel opératoire. Contentons-nous d'énumérer les temps principaux de l'acte opératoire, afin de pouvoir comprendre les objections qui lui ont été faites.

1^{er} et 2^e temps. — Incision des téguments. Découverte des ligaments.

3^e temps. — Redressement de l'utérus au moyen d'une sonde. Tractions sur les ligaments, de façon à les raccourcir, jusqu'à ce que l'utérus soit en position normale.

4^e temps. — Suture des ligaments et section de la portion superflue des ligaments ronds.

Nombreux sont les procédés (1). Certains auteurs font des incisions bilatérales, atteignant chacun des ligaments ronds par une incision. Imlack (1884) fait simplement une incision de 1 centimètre à un travers de doigt de l'épine du pubis, dissocie la graisse jusqu'à l'orifice du canal inguinal, déchire la lamelle qui le recouvre, ce qui a pour but de faire saillir un peloton graisseux dans lequel on cherche le ligament rond, qui est dissocié, attiré et suturé aux piliers.

Dolérís incise complètement le canal inguinal. Les deux ligaments ronds, isolés et détachés de leur insertion au pubis, sont entre-

(1) H. Delagénère. *Loc. cit.*, p. 8 et suivantes.

croisés sous la peau du pubis, le ligament droit est attiré à gauche et suturé aux piliers gauches, tandis que le gauche est suturé de même aux piliers droits.

Edebohls incise tout le canal inguinal et termine en le suturant à la façon de Bassini pour la cure radicale des hernies inguinales.

De même Kocher, etc.

D'autres auteurs découvrent les deux canaux inguinaux par une incision unique en forme de croissant (Casati, Duret). Ces procédés intéressants au point de vue de la technique opératoire, n'ont, en somme, au point de vue du résultat définitif, qu'une importance médiocre.

Signalons encore un procédé récent, celui de Lapeyre (1), qui applique à l'Alexander le procédé sans fils perdus, dit en lacet de bottines, employé par M. Faure dans la cure radicale de la hernie inguinale. Le ligament rond est fendu en deux dans sa longueur; on fait un premier nœud et on se sert de chacune de ses moitiés pour fermer la paroi postérieure du canal inguinal par un surjet absolument comparable au laçage d'une bottine.

La première chose que nous devons nous demander, c'est la gravité de l'opération. Elle est absolument bénigne et inoffensive, quoique Alexander ait eu un cas de mort. Il s'agissait, il est vrai, d'un cas de pyohémie par contagion.

Elle est aussi bénigne dans ses résultats, et l'on a cité nombre de cas de grossesses menées à terme après l'Alexander. Nous n'avons trouvé qu'un seul cas où il y a eu non pas dystocie proprement dite, mais délivrance un peu pénible. Voici l'observation résumée.

(1) Lapeyre. *Presse médic.*, 1898.

(2) Lamort. Thèse, Bordeaux.

OBSERVATION (Challeix, de Bordeaux).

Femme, 21 ans. Endométrite et rétroversion, — Curetage et Alexander. — Le ligament gauche, grêle et filiforme, n'est pas raccourci. Le droit est raccourci de 10 cent. (Septembre 1890).

Enceinte en juillet 1891. Accouchement à terme.

La corne droite étant fortement tirée en avant, il en était résulté un mouvement de rotation du corps utérin sur son grand axe, de telle sorte que la corne utérine droite tendait à devenir antérieure; d'où obliquité de l'utérus, allongement hypertrophique de la corne; le placenta s'y étant inséré y fut retenu au moment de la délivrance.

On voit qu'il s'agit là d'un cas tout à fait spécial. L'Alexander a donc au point de vue des grossesses ultérieures une supériorité incontestable sur les hystéropexies et les vaginopexies. Elle place en effet, l'utérus dans sa position normale et physiologique, le laisse absolument libre et lui permet de se développer pendant la grossesse. Les ligaments ronds raccourcis n'ont pas perdu la propriété de se développer, d'accompagner l'utérus dans son évolution et de prendre part après l'accouchement au processus régressif d'involution.

Voyons maintenant les objections qui lui ont été faites.

1° *Difficultés opératoires.* Tissier (1) signale un des premiers certaines difficultés dans l'exécution : «M. Tissier a tenté de reproduire cette opération sur le cadavre et a pu constater certaines difficultés dans le mode opératoire, difficultés de la mise à nu de l'orifice inguinal externe chez la femme et recherche du ligament rond, qu'on peut confondre avec des débris aponévrotiques et des brides fibreuses».

La même observation fut faite par Doléris et Ricard (2), mais

(1) Communication à la Soc. clinique de Paris. 9 Avril 1885. *France médic.*, Juin 1885.

(2) *Union médicale*, 1885.

Dolérís lui-même, peu de temps après, revint sur cette note un peu trop pessimiste. Nous ne saurions mieux faire que de citer sa rétractation qui n'en a que plus de valeur. « Cette correction porte sur l'extrême que difficulté l'on devrait presque toujours rencontrer dans la recherche et la saisie de l'extrémité extra-péritonéale des ligaments ronds. Cette difficulté existe et des chirurgiens d'une habileté incontestable, Munde, Emmet, Lawson Tait, etc., l'ont signalée. Les recherches de MM. Ricard et Dolérís, faites sur le cadavre, leur avaient démontré qu'à partir de l'orifice inguinal externe il n'existe plus, à proprement parler, que des vestiges insignifiants du ligament rond, nuls chez les jeunes sujets, nuls chez les femmes maigres, introuvables, s'ils existent chez les sujets très gras. Ils sont plus visibles chez quelques vieilles femmes et dans la période post-puerpérale. Or, ils ont reconnu plus tard que ces résultats étaient dus surtout à l'état même des cadavres et à l'altération des tissus produite par les liquides conservateurs. Les résultats fournis par les cadavres frais ont été tout autres : les ligaments étant aisés à isoler, volumineux, la mise à nu était souvent possible et même facile. »

Aussi s'était-on ingénié à trouver des points de repère pour la découverte du ligament rond, boulegraisseuse d'Imlack, petit filet nerveux, rameau génital du nerf génito-crural. En réalité, l'opération est beaucoup plus facile sur le vivant que sur le cadavre, et lorsqu'on ouvre le canal inguinal, on trouve toujours sûrement et facilement le ligament rond, difficile en effet à trouver si l'on s'adresse à sa portion extra-inguinale. Suivant Lapthorn Smith (1), « il faut se servir de pinces pour rechercher les ligaments, qui sont la seule chose que l'on peut rencontrer dans le canal inguinal. On peut les trouver les yeux fermés, simplement en introduisant dans le canal une pince fermée; il suffit alors de l'ouvrir pour saisir et attirer le ligament qui se prend tout seul ».

(1) *Ann. gyn. Sc.*, Washington, 6 mai 1897.

Il s'agissait donc d'un défaut de technique, disons le mot, d'un manque d'expérience, plutôt que d'une difficulté réelle.

2° *Altérations des ligaments ronds.* — Les ligaments ronds peuvent être atrophiés, atteints de dégénérescence granulo-graisseuse, par suite de la subinvolution, ou des altérations périutérines. On tire sur les ligaments pour les raccourcir, et ils cassent. Le fait peut exister, mais il est rare. Beurnier (1) même admet qu'en général les ligaments sont plus volumineux que normalement, partant plus faciles à découvrir.

3° *Insertion défectueuse des ligaments sur l'utérus.* — L'objection est sérieuse. Par suite de troubles survenus dans les annexes de l'utérus, l'insertion des ligaments ronds au fond de l'utérus peut ne plus se trouver réalisée; l'extrémité interne des ligaments ronds peut avoir descendu, et en réalité s'insérer non plus au niveau des cornes utérines, mais au voisinage du point de flexion du corps sur le col. Tel est le fameux cas de Gérard-Marchant, rapporté dans la thèse de Racoviceanu (2); voici l'observation très résumée.

OBSERVATION (Gérard-Marchant, 1888).

Femme, 56 ans; chute de l'utérus avec rétroflexion, raccourcissement des ligaments ronds et colpopérinéorrhaphie.

La malade quoique guérie restait dans le service, attendant son placement dans un hospice (sénilité), lorsqu'elle succomba à une pneumonie. A son autopsie, on constata que l'opération du raccourcissement des ligaments ronds qu'elle avait subie, avait eu pour résultat d'exagérer la rétroflexion, en raison de l'insertion moyenne et antérieure, et non supérieure, des ligaments ronds sur l'utérus.

(1) *Gaz. des Hôpit.*, 3 mars 1888, n° 27, p. 236.

(2) Racoviceanu. *Indicat. et ressources opérat. dans les rétrodev.* Th., Paris, 1889.

M. Routier (1) aurait observé un cas analogue. L'utérus était rétrofléchi ; les ligaments ronds s'inséraient bien au voisinage des cornes utérines, mais la rétroflexion était telle, les parties étaient disposées de telle sorte qu'en tirant sur les ligaments ronds on ne faisait qu'accentuer la rétroflexion et appliquer le fond de l'utérus sur la face postérieure de l'organe, au lieu de le redresser, par un mécanisme analogue à celui qu'emploie l'écuyer tirant sur les rênes de sa monture pour le forcer à courber la tête sur le poitrail.

Certes, de tels faits peuvent exister, mais ils sont rares. On pensera à leur possibilité ; mais elle ne peut pas suffire à faire rejeter complètement l'opération.

3° *Possibilité d'une hernie consécutive.* — Ce point préoccupait beaucoup les premiers opérateurs. Alexander disait : « Il ne faut pas oublier qu'il s'agit de faire une opération qui a pour but de guérir une infirmité et d'en éviter une autre, la hernie. »

En réalité, maintenant cette éventualité n'est plus guère à craindre ; il suffit de restaurer le canal inguinal, comme si l'on faisait une cure radicale par le procédé de Bassini, par exemple.

4° *Possibilité d'une récurrence.* — C'est là l'objection la plus grave. Les ligaments pourront se laisser allonger, et permettre la reproduction de la déviation.

Alexander faisait remarquer qu'en réalité l'utérus n'est pas suspendu par les ligaments ronds, comme le gymnasiarque à son trapèze, par la traction exercée sur les ligaments ; il est placé en antéversion, ne présentant pas de surface à la pression exercée par la masse intestinale qui glisse sur lui et ne le force nullement à s'abaisser. Si l'on suppose un tableau plan, alternativement exposé à une pression de haut en bas, d'abord à plat, puis vertical et collé à un mur, telle est la reproduction exacte de ce qui se passe dans l'esprit d'Alexander, lorsque l'utérus d'abord rétroversé et exposé à la

(1) Thèse Marcel Baudouin, Paris, 1890.

pression intestinale, y est soustrait par le raccourcissement des ligaments suspenseurs.

Et cependant la récurrence existe, pourquoi ?

1° Parce que l'Alexander ne peut donner qu'une seule chose, le maintien en antéversion de l'utérus. Si le périnée est affaissé, l'utérus ne tarde pas à s'abaisser, les ligaments à s'allonger et la rétro-déviation se reproduit. Nous reviendrons sur ce sujet.

2° Parce qu'évidemment l'Alexander ne peut ramener, et à plus forte raison maintenir l'utérus en antéversion que s'il est mobile. Si on tire sur un organe adhérent, ou bien on cassera les ligaments, ou bien l'opération terminée, les adhérences exerçant une action continue sur les ligaments ronds, ne tarderont pas à avoir raison de la résistance des ligaments qui s'allongent.

En résumé, l'Alexander est une excellente opération, si on ne lui demande que ce qu'elle peut faire, le maintien d'un utérus mobile, nous pouvons ajouter, et bien soutenu. Nous l'avons déjà dit, le rôle des ligaments ronds est non pas de soulever l'utérus, mais de l'orienter. Il ne faut pas leur en demander davantage.

Il faut donc rejeter son emploi dans les rétro-déviationes dites mobilisables, de Trélat, dont on se flatte d'obtenir la disparition par des manœuvres de redressement forcé ou de massage. On n'obtient le plus souvent qu'une fausse réductibilité ; les adhérences restant ne tardent pas à replacer l'organe dans sa position vicieuse.

Polk (1887), dans un cas de rétro-déviation après laparotomie et libération de l'utérus, referma le ventre et pratiqua l'Alexander. Cette méthode ne se soutient pas, et dans un pareil cas, on doit avoir recours à l'opération que nous allons maintenant étudier : le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, opération peu connue et mal appréciée en France, quoique susceptible de rendre de grands services, comme nous espérons le montrer.

Son principe est en somme le même que celui de l'Alexander :

raccourcir les ligaments ronds distendus, que cette distension soit cause ou résultat de la rétrodéviatiou, peu importe.

Voici, schématiquement, comment on peut concevoir l'opération. Supposons le ligament rond considéré comme un cordon qu'il s'agit de raccourcir, on peut obtenir ce résultat de deux manières, soit par la résection d'une de ses extrémités —, c'est là la manière de faire de l'Alexander —, soit par le repliement de ce cordon ; dans ce cas on ne fait ni résection, ni section. C'est ainsi que procède le raccourcissement du ligament dans son trajet intra-abdominal.

Nous décrivons brièvement les divers procédés employés. Nous ne parlons pas des premiers temps de l'opération, laparotomie, libération de l'utérus, etc., qui n'offrent rien de spécial. Supposons l'utérus mobilisé : placé en antéversion, voici les différentes méthodes qui ont été décrites.

1° PROCÉDÉ DE GILL WYLIE (1). — Chaque ligament rond est saisi en son milieu, à égale distance de la corne utérine et du pubis, avec une pince, et attiré en dehors par la plaie abdominale. On avive en grattant le péritoine qui la recouvre, la face interne du pli formé en soulevant le ligament.

On place ensuite les sutures destinées à déterminer l'accolement des deux parties de l'anse, de la manière suivante : trois solides ligatures de soie sont passées à travers le ligament à 1 centimètre environ les unes des autres ; elles prennent dans leur anse le plus de ligament rond possible. Ces sutures seront serrées avec précaution pour éviter de sectionner les parties que l'on veut accoler. On réalise ainsi un raccourcissement d'environ 6 centimètres.

(1) G. Wylie. *Retroversion with adhesions; cystic ovary; laparotomy*; Soc. obstet. de New-York, 3 février 1889 in the *Amer. Journ. of Obstet.*, Juillet 1889.

2° PROCÉDÉ DE RUGGI (1). — On prend une aiguille courbe, armée d'un fort catgut, montée sur un porte-aiguille ; on lui fait traverser le ligament rond à très peu de distance de son entrée dans le canal inguinal ; l'extrémité non enfilée du catgut est nouée à la façon dont les couturières nouent leur fil en commençant un surjet. L'aiguille est ensuite enfoncée dans le ligament rond, du même côté, tout près de son extrémité utérine. On termine en maintenant les deux parties repliées en contact par une suture en surjet double (suture du Pelletier).

Même manœuvre est faite sur l'autre ligament rond.

Ce procédé ne diffère en somme, de celui de Wylie que par la façon de suturer l'anse ligamenteuse et par l'étendue du pli.

PROCÉDÉ DE BODE (2). — Bode fait une anse sur l'extrémité utérine du ligament, et la consolide à l'aide d'un fil qu'il fixe ensuite à l'angle de l'utérus.

PROCÉDÉ DE POLK (3). — Cet auteur forme aussi une anse cordée, mais non plus externe comme dans les procédés précédents : la face interne des ligaments ronds est avivée à 20 ou 25 millimètres de l'extrémité utérine. Les deux ligaments sont alors ramenés au-devant du fond de l'utérus en les coudant en dedans, et réunis l'un à l'autre, au point avivé, qui représente le sommet de l'anse, par une suture solide. Si le raccourcissement ainsi obtenu n'est pas suffisant, on en fait une autre en avant de la première. Les deux ligaments sont donc ainsi accolés, anastomosés en X.

PROCÉDÉ DE DUDLEY (3). — Dudley avive une portion de la face antérieure de l'utérus, partant de l'insertion des ligaments ronds et

(1) Giuseppe Ruggi. *Sulla cura endo-abdominale de alcuni spostamenti uterini*. (Bullet. della sc. mediche della Soc. med. chir. d. Bologna, 1888, p. 30).

(2) Bode. *Cent. f. Gyn.*, 1889, 10 janvier.

(3) Polk. *The surgical treatment of post displacement of the uterus*. *The amer. journ. of Obstet.*, 1889, p. 1066.

(4) Dudley. *Hysterorrhaphy, a new method*. *Medical Record*, 1890, 1^{er} février, p. 136.

se dirigeant sans l'atteindre vers le cul-de-sac utéro-vésical. L'extrémité utérine des ligaments ronds est isolée de son repli péritonéal, mobilisée, et par suite avivée, puis appliquée sur la partie avivée de l'utérus, où il la fixe par des points de suture au catgut. De cette façon les insertions des ligaments ronds sont transportées des cornes utérines aux deux extrémités d'une ligne horizontale correspondant à la jonction du tiers inférieur aux deux tiers supérieurs de l'utérus.

M. Baudouin (1) modifie ce procédé, en combinant le procédé de Bode et de Dudley; l'avivement est inutile. 1° On fait d'abord, sans la nouer, une anse à couture interne, siégeant immédiatement sur l'extrémité utérine et raccourcissant le ligament rond de la longueur voulue (à la manière de Bode).

2° Fixer cette anse par des points de suture (à la manière de Dudley) sur la face antérieure de l'utérus, de façon à lui faire jouer le rôle de tuteur, de cordon de renforcement de l'utérus fléchi.

Ce procédé n'a pas, que nous le sachions, été pratiqué sur le vivant.

PROCÉDÉ DE MATTHEW. D. MANN. — Le ligament rond est saisi avec deux pinces, de façon à le diviser en trois parties égales. Le raccourcissement porte seulement sur les tiers externes et internes, qui sont raccourcis en anse.

En somme, il s'agit d'une opération bénigne, dont le pronostic immédiat est le même que celui de l'hystéropexie.

Ses indications seraient les suivantes :

1° Rétrodéviation mobile. Lorsque la laparotomie a été indiquée pour une raison ou pour une autre, elle offre alors sur l'hystéropexie un avantage indéniable, celui de ne pas entraver les grossesses ultérieures.

(1) Baudouin. *Loc. citat.*

2° RÉTRODÉVIATIONS ADHÉRENTES. — Lorsqu'il s'agit d'adhérences postérieures, peu nombreuses, n'indiquant pas la castration abdominale totale, ici encore l'hystéropexie est également indiquée ; elle offre moins d'inconvénients que dans le cas précédent. Cependant, si un ou une partie des ovaires est conservée, on devra préférer l'opération de Wylie-Ruggi, qui de plus offre l'avantage de remettre l'utérus dans sa position physiologique, de ne pas produire de tiraillements douloureux, d'adhérences utéro-pariétales.

Il est à peu près indifférent d'employer l'un ou l'autre procédé ; cependant ceux de Wylie et de Ruggi ont l'avantage de la simplicité et de la facilité de l'exécution.

On leur a fait les mêmes objections qu'à l'Alexander. Nous ne revenons donc pas sur ce sujet. Il est cependant bien certain que si l'on se trouvait en présence d'un de ces cas rares d'atrophie des ligaments ronds dont nous avons parlé, il ne faudrait pas vouloir raccourcir quand même et on s'adresserait à une autre méthode, l'hystéropexie par exemple.

On a enfin reproché à l'opération d'être difficile d'exécution. Le reproche est mal fondé, car la malade étant dans la position inclinée, les parois abdominales écartées par une grande valve, on voit clair et il est facile de saisir les ligaments, de faire l'anse de la grandeur voulue. Quant à la suture des ligaments, nous ne voyons pas quelle difficulté elle peut apporter à un chirurgien qui a l'habitude de la chirurgie abdominale.

Nous rapporterons au chapitre suivant nos observations d'opération de Wylie-Ruggi.

On trouvera, traduites *in extenso* dans la thèse de Marcel Baudouin, les observations de Ruggi, Wylie et Dudley.

Franck de Chicago (1) a publié dernièrement les résultats de sa pratique de cinq années. Dix-sept fois il a pratiqué le raccourcisse-

(1) Franck. *Results of five years experience with intr. abd. shortening of the round ligaments. The Amer. Journ. of Obstet.*, Vol. XXXII, p. 377.

ment intra-abdominal des ligaments ronds, sur des malades atteintes de rétroversion et de prolapsus, chez lesquelles il avait employé en vain les pessaires, le tamponnement, le massage. Deux de ces cas concernent des prolapsus. Deux se rapportent à des rétroversions adhérentes et ont donné un succès et un échec. Les autres concernent des rétrodéviations mobiles avec ovaires sclérokystiques qui furent enlevés sur huit malades. Un seul échec ; les autres longtemps suivis sont en parfait état, l'utérus s'est maintenu en bonne position. Une malade devint enceinte et accoucha à terme ; quoique cet accouchement fût laborieux, l'utérus resta fort bien en place.

Enfin, le raccourcissement des ligaments ronds a été pratiqué par la voie vaginale. Elle présente alors l'avantage de ne laisser aucune cicatrice abdominale et permet d'apprécier l'état des annexes.

Après colpotomie antérieure, détachement de la vessie et ouverture du péritoine, le ligament rond est attiré de façon à former une anse que l'on suture d'une façon analogue à celle employée dans l'opération de Wylie-Ruggi. Tels sont les procédés de Bode (1) et Godinho (2) que nous ne décrivons pas.

(1) Bode. *En Kapen Verküzung der Lig. rot. mittels Laparot. vagin. anterior.* Cent. f. Gyn., 1896, n° 13 et n° 18.

(2) Godinho. *Sur le trait. des rétrod.* La Gynécologie, 1896.

CHAPITRE V.

Statistique.

Voici maintenant la partie clinique de notre travail, où nous nous proposons d'exposer les résultats de la pratique du D^r H. Delagénère à sa clinique.

Nous avons vu quelle était la pathogénie des rétrodéviations et leur division essentielle en déviation mobile et déviation adhérente. Là est en effet le critérium opératoire. Le plus souvent, le simple toucher bimanuel, pratiqué comme nous l'avons exposé, suffira à trancher la question. Cependant, dans les cas douteux de fausse réductibilité, on pourra s'adresser à la manœuvre suivante (1). Après un ou deux jours de repos au lit et l'administration d'une purgation, la malade est placée sur la table à spéculum, les jambes relevées. Le col de l'utérus est solidement saisi avec une pince à abaissement et attiré en bas jusqu'à la vulve avec la main droite, tandis que l'index accompagné, s'il est nécessaire, du médius de la main gauche, est introduit dans le rectum, va à la recherche du fond de l'utérus et tente la réduction de l'organe. Si l'utérus est libre, la réduction est facilement obtenue. Il est inutile de dire que cet examen est fait avec toute la rigueur de l'asepsie, comme s'il s'agissait d'une véritable opération.

(1) H. Delagénère. Communication au *Congrès d'Amsterdam* (1899).

Supposons ce point éclairci. La déviation est mobile. Voici quelle est la méthode employée.

Nous avons vu que la déviation elle-même ne constituait pas à elle seule la maladie, que les ligaments étaient relâchés, l'utérus plus lourd par suite de la métrite, et que le périnée était plus ou moins endommagé par suite de la même cause, l'accouchement, de telle sorte que l'utérus est non seulement dévié en arrière, mais aussi abaissé. Ce point a été mis en lumière par Doléris : « Il ne faut pas ignorer, dit-il (1), que beaucoup d'utérus en rétroversion seraient très réellement prolapsés, s'ils n'affectaient pas l'attitude couchée qui les renverse vers le sacrum et les empêche de s'abaisser. Que l'on vienne à les redresser par le rectum ou avec la sonde, tandis qu'avec une valve de Sims, on abaisse fortement le périnée, on verra avec la plus grande netteté, au fur et à mesure que le redressement s'opère, le col dévié dirigé, en haut vers la symphyse, quitter cette position, se rapprocher de l'axe de la vulve et s'abaisser vers cet orifice, la paroi vaginale antérieure qui paraissait très tendue se plisser et finalement devenir flottante. On n'a pas alors grand-peine à reconnaître qu'il y a prolapsus et cystocèle concomitante ».

On reconnaît alors sans peine la cause des échecs reprochés à l'Alexander pratiqué seul; on n'a pas reconstitué la base d'appui de l'utérus, l'organe non soutenu ne tarde pas à reprendre sa position vicieuse.

La rétrodéviation est un ensemble de facteurs divers : déviation, métrite, entretenue elle-même par la déviation, affaissement du périnée. A une affection complexe il faut un traitement complexe s'adressant à tous les facteurs. Il serait oiseux de revenir sur ce sujet et de montrer que si la déviation est réduite, mais la métrite non traitée, les phénomènes douloureux ne seront pas amendés, que l'uté-

(1) Doléris. *Pathogénie et trait. des déviat. utérines*. *Nouvelles Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1886.

rus restant lourd, et la base d'appui d'autre part, n'étant pas reconstituée, la déviation se reproduira. Voici donc quelle est la pratique recommandée par M. le Dr Delagénère : s'adresser à tous les facteurs du complexe, raccourcir les ligaments par l'Alexander, traiter la métrite par le curetage, etc., reconstituer le périnée par la péri-néorrhaphie. Il faut donc faire des opérations combinées (1). L'Alexander sera pratiqué de préférence à une opération intra-abdominale, ces dernières n'ayant que peu d'avantages puisque nous avons supposé le diagnostic ferme d'intégrité des annexes.

La préparation de la malade n'offre dans ce cas rien de particulier : la vulve sera rasée, des injections vaginales seront données les jours précédant l'opération. Le veille on mettra une tige de laminaire dans le col.

Puis la malade étant anesthésiée et transportée dans la salle d'opération, on procède dans l'ordre suivant : après rinçage du vagin, on pratique suivant l'état de l'utérus, le curetage sur lequel nous n'insistons pas, procédé de dilatation du col avec les bougies d'Hegar), ou au besoin l'amputation du col.

Dans certains cas, enfin, de métrite parenchymateuse avec hypertrophie de l'utérus, le Dr Delagénère pratique la ligature des artères utérines.

Le curetage a pour but de désinfecter la muqueuse utérine et d'en modifier la vitalité, c'est-à-dire que l'on pratique le curetage modificateur (de Pozzi). Il sera terminé par un lavage de la cavité utérine avec la sonde à double courant, avec du sublimé au millième ou du permanganate de chaux au millième et un écouvillonnage avec une compresse de gaze hydrophile sèche, puis attouchement de toute la cavité avec des petits tampons imbibés de chlorure de zinc, suivi d'un dernier grand lavage intra-utérin.

On s'adresse ensuite au périnée que l'on reconstitue par une péri-

(1) DOLÉRIIS. *Loc. citat.*

néorrhaphie. Pour être efficace, elle doit être très large et reconstituer tout le plancher pelvien. Le Dr Delagénère emploie à peu près le procédé de Lawson Tait : incision transversale du périnée et séparation avec les ciseaux, du rectum et du vagin jusqu'au niveau du cul-de-sac de Douglas, formant ainsi un long tunnel. Suivant l'état de relâchement des parois vaginales, il procède de différentes façons.

Si les parois sont très relâchées, il résèque la paroi supérieure du tunnel; c'est-à-dire le vagin, aussi largement que possible et jusqu'au niveau du col de l'utérus. Il procède ensuite avec une aiguille courbe et du catgut, à un capitonage soigné des tissus crus, en prenant soin de refouler le rectum en arrière. Le capitonage ne comprend pas la muqueuse du vagin qui est ensuite suturée avec un autre catgut. Enfin, la peau du périnée est suturée sur la ligne médiane comme dans le procédé de Lawson Tait.

Si au contraire, les parois vaginales ne sont pas très relâchées, il ne fait pas d'excision du vagin et se contente de capitonner les parois latérales du tunnel et de suturer le périnée.

Enfin l'opération est terminée par un double Alexander, pratiqué de la manière suivante.

Le chirurgien embrassant le pubis de la main gauche, recherche les deux points de repère nécessaires, les épines du pubis.

A quatre à cinq millimètres en dehors, incision de 7 centimètres environ, parallèle à l'arcade crurale. Cette incision est faite d'emblée jusqu'à l'aponévrose dont on reconnaît les fibres nacrées. Du bout du doigt on cherche l'orifice externe du canal inguinal, puis en haut les fibres arciformes. On sectionne ces fibres avec les ciseaux, et on ouvre le canal inguinal sur une étendue de deux à trois centimètres. On reconnaît un filet nerveux, blanc, aplati, rameau du génito-crural, et on trouve au fond de la gouttière du canal inguinal, d'autant plus facilement qu'on se rapproche de son orifice interne, un cordon rosé, résistant, qui vient s'insérer en dehors de l'orifice externe du canal inguinal. Ce cordon est le ligament rond.

On le dénude vers le milieu du canal inguinal, on le soulève afin de se rendre compte de son point d'insertion et de l'endroit précis où il paraît disparaître dans le ventre.

Une compresse stérile étant appliquée sur le champ opératoire, on pratique la même opération du côté opposé ; le ligament rond est découvert après incision du canal inguinal, et dénudé.

Les deux ligaments étant ainsi accessibles, le chirurgien exerce sur chacun d'eux, séparément d'abord, puis simultanément, des tractions ayant pour but d'attirer l'utérus de chaque côté vers les orifices internes des canaux inguinaux. Le doigt introduit dans cet orifice interne, peut, dans certains cas, sentir la corne utérine, renseignement précis sur la réduction de l'organe.

Plus simplement le chirurgien se basera sur le degré de résistance fourni par le ligament rond, ayant toujours présent à l'esprit que ce ligament est résistant, que, tant qu'il vient dans la main, c'est qu'il n'est pas tendu. On peut ainsi amener, hors du ventre, cinq, six, et même sept centimètres de ligament rond sans éprouver de résistance. Il ne faut pas croire alors que le ligament a été rompu, mais seulement qu'il n'est pas encore tendu. On introduit dans l'utérus une sonde, un hystéromètre ou plus simplement une bougie d'Hegar et on se rend compte de la réduction obtenue, la sonde indiquant par sa direction l'axe de l'utérus. On détermine ainsi la longueur dont il faut raccourcir les ligaments ; il s'agit maintenant de procéder à la fixation des ligaments dans leur nouvelle position.

Le ligament étant maintenu bien tendu, avec une aiguille à surjet courbe, munie d'une soie fine, on traverse successivement le pilier interne de l'anneau inguinal, le ligament rond et enfin le pilier externe. Le fil est noué par dessus le ligament rond. Puis on suture solidement le ligament rond dans tout le trajet du canal inguinal, avec un surjet de catgut. Enfin, avec l'aiguille de Reverdin courbe, on place un dernier catgut prenant point d'appui dans le

TABLEAU I.

NUMÉROS.	DATES.	DIAGNOSTIC.	OPERATION sur le LIGAMENT ROND.	OPÉRATIONS CONCOMITANTES.	RÉSULTAT IMMÉDIAT.	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ.
1854	5 octobre 1896.	Mérite et rétroversion réductible, mais double- ment.	Alexander.	Curettage de l'utérus.	Excellent.	Maintenu. Novembre 1898.
1870	17 octob. 1896.	Mérite, rétroversion et 1 ^{er} degré de prolapsus. déchirure du périnée, cysto- cèle.	Alexander.	1. Curettage. 2. Amputation du col. 3. Colporrhaphie antéro. 4. Périneorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. Mai 1898.
1875	28 octob. 1896.	Mérite, rétroversion dou- loureuse et déchirure du périnée. Hernie inguinale gauche.	Alexander et une radi- cale de la hernie inguinale.	1. Curettage. 2. Amputation du col. 3. Périneorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. 7 Décemb. 1898.
1962	5 janvier 1897.	Mérite, rétroversion dou- loureuse et déchirure du périnée.	Alexander.	1. Curettage. 2. Amputation du col. 3. Périneorrhaphie.	Excellent.	10 Mai 1897. Sym- ptômes d'appendicite et d'abcès aiguë. La- parotomie. Résection de l'appendice et des an- nexes. Guérison main- tenue. Juillet 1899.
1888	29 janvier 1899.	Airésie du col et rétro- version.	Alexander.	1. Curettage. 2. Amputation sus-vagi- nale du col.	Excellent.	Maintenu. Août 1898.

2145	15 juin 1897.	Métrite, rétroversion douloureuse. 1 ^{er} degré de prolapsus. Déchirure du périnée.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. Février 1888. Sans plus inclinaie.
2225	11 sept. 1897.	Métrite, rétroversion et 4 ^{or} degré de prolapsus. Déchirure du périnée.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. 3 Décemb. 1897. Pas revu depuis.
2280	29 octob. 1897.	Métrite et rétroversion.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col.	Excellent.	Maintenu. 3 avril 1899.
2307	23 nov. 1897.	Polype cavitair. Prolapsus et rétroversion. Cystocèle et déchirure du périnée. Polypes de l'urètre.	Alexander.	1. Exirpation du polype et curetage. 2. Amputation du col. 3. Colporrhaphie antérieure. 4. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. Janvier 1899.
2349	7 janvier 1898.	Métrite, rétroversion. Déchirure complète du périnée.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. Juin 1898. Non revue depuis.
2403	22 février 1898.	Métrite, rétroversion douloureuse. Déchirure du périnée.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. 2 février 1899.
2448	25 mars 1898.	Métrite. Rétroversion. Affaissement du périnée.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Pas de nouvelles.
2558	4 juin 1898.	Métrite intense. Rétroversion. Affaissement du périnée.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Ligature des artères utérines. 4. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. 11 mai 1899.

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS POUR RETROVERSION. -- Opération extra-abdominale.

TABLEAU II.

NUMÉROS.	DATES.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION sur le LIGAMENT ROND.	OPÉRATIONS CONCOMITANTES.	RÉSULTAT IMMÉDIAT.	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ.
2630	16 sept. 1898.	Mérite, rétroversion.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Périnéorrhaphie.	Excellent.	Maintenu. 18 mai 1899.
2730	8 novem. 1898	Mérite intense et rétro- version.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation sus-vagi- nale du col. 3. Ligature des artères utérines.	Excellent.	Maintenu. 10 janvier 1899. Bon. Le 20 juillet 1899.
2847	10 février 1899.	Mérite, prolapsus et ré- troversion.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Colporrhaphie antér. 4. Périnéorrhaphie.	Bon.	Revue. Bon état. Septembre 1899.
2883	1 mars	Mérite. Déchirure du périnée. Rétroversion.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col à 2 lambeaux. 3. Périnéorrhaphie.	Bon.	Très bonnes nouvelles. Juillet 1899.
3017	3 juin	Mérite, rétroversion, prolapsus.	Alexander.	1. Curetage. 2. Amputation du col. 3. Colporrhaphie antér. 4. Périnéorrhaphie.	Bon.	»
3026	8 juin	Mérite. Affaï-ssment du périnée.	Alexander.	1. Curetage. 2. Colporrhaphie. 3. Périnéorrhaphie.	Bon.	»
3084	22 juillet	Mérite, rétroversion dou- loureuse non adhérente.	Alexander.	1. Curetage.	Bon.	»

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS POUR RÉTROVERSION. — Opération extra-abdominale.

périoste du pubis et traversant le ligament rond. Vers l'orifice interne, la séreuse est souvent attirée en doigt de gant. On en pratique le décollement et on la refoule patiemment avec le doigt et le bout des ciseaux. Si elle était déchirée, on ne s'en préoccuperait pas, il suffirait de pratiquer la suture de la brèche faite au péritoine avec le premier fil de soie passé pour fixer le ligament que l'on placerait en bourse. On résèque enfin le bord terminal du ligament et on suture la peau à la manière ordinaire. Le drainage est inutile. Pansement aux compresses stériles et ouate hydrophile, maintenues par un double spica. Il est absolument inutile de placer un pessaire dans le vagin, ou même un tamponnement à la gaze iodoformée. Les suites opératoires sont des plus simples. On se bornera à faire prendre trois injections vaginales par jour aux malades. Les fils sont enlevés le dixième jour.

Voici le résumé des opérations combinées pour rétrodéviations mobiles pratiquées à la Clinique. Nous rapportons d'abord *in extenso* deux observations personnelles récentes comme types, puis le résumé de toutes les autres observations disposées, pour éviter des redites et des répétitions fastidieuses, sous forme de tableau que nous divisons de la manière suivante : dans une première colonne nous mettons le numéro d'ordre se rapportant au numéro de l'observation dans les statistiques de la Clinique ; la deuxième colonne donne la date de l'opération, la troisième, le diagnostic. Les deux colonnes suivantes se rapportent aux opérations pratiquées, dans la première, sur les ligaments ronds, dans la deuxième, sur l'utérus, le périnée, etc.

Le dernier groupe a trait aux résultats. La première colonne mentionne le résultat immédiat, constaté le jour de la sortie de la malade de la clinique. La dernière enfin, le résultat éloigné avec la date du dernier examen pratiqué par le Dr Delagénère lui-même. (*Tabl. I, II, III.*)

OBSERVATION I (Personnelle).

Rétrodéviation mobile. Opération d'Alexander. Curettage. Colporrhaphie antérieure et périnéorrhaphie.

Marie B..., 33 ans, demeurant à Port-Brillet, entre à la Clinique le 6 juin, envoyée par le Dr Sabathier.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Réglée à 13 ans, règles régulières, abondantes, douloureuses. Il y a 5 ans, accouchement d'un enfant à tête volumineuse, nécessitant application de forceps, qui produit déchirure du périnée. Depuis, leucorrhée assez abondante. Depuis le mois de janvier 1899, douleurs tantôt vives et lancinantes, tantôt sourdes suivant les fatigues, dans le bas-ventre et les aines. Fut traitée par des tamponnements vaginaux à la glycérine sans aucune amélioration.

État actuel. — Faiblesse du périnée. En faisant tousser la malade, mise dans la position dorso-sacrée, ou en la faisant pousser, la muqueuse de la paroi antérieure du vagin vient faire saillie à la vulve, rentrant spontanément dès que cesse l'effort. Toucher : Uterus gros en rétroversion mobile. Culs-de-sac libres, non douloureux. Spéculum : Col gros, écoulement muqueux. Troubles dyspeptiques, et neurasthénie.

Diagnostic. — Métrite, affaissement du périnée, colpocèle, et rétroversion. La malade est préparée comme d'habitude. Injections vaginales. Nettoyages du col à la teinture d'iode, purgation, savonnage aux bains. Le pubis et la vulve sont rasés. La veille de l'opération, une tige de laminaire est introduite dans le col.

Opération. — Le 8 juin 1899. Ether: 1° Dilatation de l'utérus avec les bougies d'Hegar, curetage, injection intra-utérine au sublimé au 1/1000 ; 2° colporrhaphie antérieure ; excision losangique de la muqueuse vaginale antérieure ; suture en surjet ; 3° périnéorrhaphie, dédoublement de la cloison recto-vaginale, capitonnage au surjet en fil métallique ; suture superficielle par surjet métallique ; 4° la malade est alors mise dans le décubitus dorsal, et on pratique l'opération d'Alexander ; incision suivant la direction du canal inguinal. Les ligaments ronds mis à nu sont attirés avec des pinces, tandis qu'on se rend compte de la réduction obtenue, par le déplacement subi par une bougie d'Hegar introduite dans l'utérus. Quand

elle est suffisante, on résèque environ cinq centimètres de chaque ligament rond, et on fixe le ligament par 2 points de suture, en haut, aux piliers interne et externe du canal inguinal, en bas, au périoste du pubis. Le ligament rond est ensuite suturé dans tout le trajet du canal inguinal avec un surjet métallique ; puis suture des aponévroses et de la peau en surjet ; Pansement. — Poudre d'iodoforme et gaze stérile.

L'opération a duré 1 h. 15 minutes. Le soir, T. 37°2. La température se maintient les jours suivants à 37°. Purgation le 4^e jour. Fils superficiels enlevés le 10^e jour. La malade sort en parfait état le 30 juin 1899. Les troubles dyspeptiques et nerveux ont disparu. L'utérus est parfaitement maintenu.

OBSERVATION II (Personnelle).

Rétrodéviatiou mobile. — Curettage. — Alexander.

Marthe T., 24 ans, demeurant à Laval, entre à la clinique le 18 juillet 1899. Médecin traitant, le Dr Auboin.

Bonne santé habituelle. Régliée à 15 ans, toujours régulièrement. Eut au mois d'octobre dernier une fausse couche de six semaines, à laquelle elle n'attacha aucune attention. Peu à peu s'installèrent des douleurs dans les reins et le bas-ventre, d'abord courtes, puis sous l'influence de fatigues, plus vives et plus aiguës. Le médecin traitant diagnostiqua une métrite et prescrivit le repos au lit, les injections tièdes. Pertes blanches peu abondantes.

État actuel. — Toucher : utérus en rétroversion, un peu gros ; la rétroversion est réductible avec le doigt introduit dans le cul-de sac postérieur. Rien aux annexes ; vagin et périnée bons.

Diagnostic. — Métrite puerpérale et rétroversion.

Rien aux poumons, ni au cœur. Urines normales. État général bon.

Préparation : Grands bains, injections vaginales. Tige de laminaire introduite dans le col la veille de l'opération.

Opération. — Le 22 juillet 1899. Ether.

Après dilatation aux bougies d'Hegar, on pratiqua le curettage de l'utérus. La malade est ensuite mise dans le décubitus dorsal, et on pratique l'opération d'Alexander. Incision cutanée suivant la direction du canal inguinal.

Découverte du ligament rond, difficile à mettre à nu; il est très mince, de couleur rosée. A gauche, dans le canal inguinal, pointe de hernie graisseuse épiploïque de la grosseur d'une noisette. De même à droite, petite pointe de hernie de plus petit volume. Les ligaments ronds sont attirés avec des pinces jusqu'à ce que la réduction indiquée par une bougie d'Hegar introduite dans l'utérus soit suffisante. Ils sont alors sectionnés sur une étendue d'environ six centimètres, et fixés par deux points de suture, en haut, aux piliers internes et externes du canal inguinal, en bas, au périoste du pubis. Surjet métallique de la paroi postérieure du canal inguinal, puis surjets superficiels de l'aponévrose et de la peau au fil de métal.

Pansement. — Poudre d'iodoforme et compresses stériles.

Durée. — 45 minutes. 60 gr. éther.

Marche. — Le soir, T. 38° 2.

Le lendemain la température redescend à 37° pour s'y maintenir. Purgation le troisième jour. Fils enlevés le dixième jour.

Suites normales. — La malade sort en parfait état le 13 août. Revue le 28 septembre. Bon état. L'utérus est dans l'axe. Plus de douleurs.

La malade présenta le jour de l'opération de la contracture hystérique des membres supérieurs, débutant environ quatre heures après le réveil, qui céda à un traitement suggestif, deux heures après le début. Elle n'eut d'ailleurs aucun trouble imputable à la narcose.

En résumé, notre tableau porte sur 19 cas (*Tableau I*).

Le curettage a été fait dans tous les cas.

L'amputation du col, 14 fois.

La colporrhaphie antérieure, 2 fois.

La ligature des artères utérines, 2 fois.

Chez toutes, le résultat immédiat a été excellent.

La malade n° 4 fut laparotomisée quatre mois après cette opération, pour une appendicite. On put alors constater que l'utérus était dans une situation absolument normale, mobile, et sans aucune tendance à retomber en arrière.

Le résultat s'est montré maintenu chez toutes les malades qui ont été revues à une date assez éloignée de l'opération pour pouvoir

juger de la fixité du résultat. Seule, la malade n° 11 n'a pu être revue. Non seulement on n'a pas constaté une seule récurrence, mais encore on a pu se rendre compte de la solidité des restaurations, le périnée et les ligaments ronds raccourcis concourant au même but, le maintien de l'utérus en position normale. Dans aucun cas on n'a constaté de hernie consécutive, ni même de menaces de hernie, d'affaissement de l'anneau inguinal interne.

Supposons maintenant que l'examen ait montré que la déviation était adhérente. L'intervention doit alors être tout autre. Nous avons expliqué dans notre premier chapitre que ces adhérences étaient périutérines et surtout périsalpingiennes, qu'elles étaient, si on peut s'exprimer ainsi, fonction d'annexites. On doit donc se proposer avant tout d'explorer ces annexes, de se rendre un compte exact de leur état, enfin d'y remédier d'une façon sûre et à la fois facile, si possible. Les demi-mesures ne sont plus alors de mise. Il faut absolument rejeter et le massage, long, parfois dangereux, souvent, nous pouvons même dire toujours inefficace, et le redressement forcé, illusoire, puisqu'il ne peut parvenir à faire rentrer cette déviation adhérente avec et par lésions annexielles, dans le cadre des déviations mobiles avec simples lésions endométritiques. Faut-il alors faire une laparotomie vaginale, une incision du cul-de-sac postérieur et du Douglas, permettant jusqu'à un certain point la libération de l'utérus ? Nous ne voyons pas qu'elle présente d'avantages sur la laparotomie abdominale médiane, tout aussi inoffensive, donnant de plus un jour beaucoup plus considérable, permettant d'explorer facilement tout l'appareil génital interne.

On fera donc la laparotomie ; on explorera utérus et annexes. On fera, s'il y a lieu, la salpingectomie. L'opération doit-elle s'arrêter là ? Evidemment non, quoique certains auteurs pensent que la castration est suivie d'une atrophie rapide de l'utérus. On remédiera, de plus, à la rétrodéviation. Non pas par le simple étauçonnage de Polk, mais par une opération directe. Certes l'hystéropexie

TABLEAU II.

NUMÉRO de la STATISTIQUE	DATE de l'Opération.	DIAGNOSTIC DE LA LÉSION.	OPÉRATIONS SUR les LIGAMENTS RONDS.	OPÉRATIONS CONCOMITANTES.	RÉSULTAT IMMÉDIAT.	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ.
1963.	23 janvier 1897.	Hémato-salpingite et rétroversion adhérente.	Raccourcissement unilatéral du ligament rond (côté droit). Procédé de Ruggi. Le côté est plissé dans le pédicule.	Double salpingo-oophorectomie et détachement des adhérences.	Excellent.	Bonnes nouvelles en janvier 1899.
2279.	29 octobre 1897.	Rétroversion adhérente et annexites, symptômes d'occlusion intestinale intermittente et de crises d'hydronéphrose consécutives à une recto-coccyxite.	Raccourcissement des 2 ligaments ronds par le procédé de Ruggi.	Double salpingo-oophorectomie, détachement des adhérences et section d'une forte bride reliant le rectum au col de l'utérus.	Bon. Suppression des accidents d'occlusion et d'hydronéphrose intermittente.	Pas de nouvelles depuis.
229.	13 novem. 1897.	Pyosalpingites et rétroversion adhérente.	Raccourcissement des 2 ligaments ronds par le procédé de Ruggi.	Double salpingo-oophorectomie, détachement des adhérences.	Excellent	Maintenu en mars 1899.
2306.	22 novem. 1899.	Rétroversion adhérente et ovarite kystique.—Neurasthénie.	Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de Ruggi.	Double salpingo-oophorectomie, détachement des adhérences (utérus intact).	Parfait au point de vue de la situation, mais se plaint toujours de souffrir.	Souffre toujours. Neurasthénie. Maniaque en juillet 1899.
2474.	7 avril 1898.	Kyste de l'ovaire droit. Ovarite kystique à gauche. Rétroversion.	Raccourcissement des ligaments ronds par le procédé de Wylie.	Double ovariectomie.	Excellent.	Pas revu.
2571.	17 juin 1898.	Rétroversion adhérente et pyosalpingites.	Raccourcissement des ligaments ronds par plicature suturée à double surjet.	Double salpingo-oophorectomie, détachement des adhérences très intimes.	Excellent.	Bon état le 26 décembre 1899.
2704.	15 octobre 1898.	Ovaro-salpingites et rétroversion douloureuse.	Raccourcissement des ligaments ronds par plicature suturée à double surjet.	Double salpingo-oophorectomie.	Excellent.	Maintenu le 22 juin 1899.

2763.	7 décemb. 1898.	Salpingites et rétroversion douloureuse.	Raccourcissement des ligaments ronds par plicature suturée à double surjet.	Double salpingo-oophorectomie.	Excellent.	Pas de nouvelles.
2770.	10 décemb. 1898.	Salpingites et rétroversion adhérente.	Raccourcissement des ligaments ronds par plicature suturée à double surjet.	Double salpingo-oophorectomie.	Excellent.	Le 4 avril 1899, soufre en core du ventre, mais amélioration; utérus en situation normale.
2816.	20 janvier 1899.	Salpingite blennorrhagique et rétroversion.		Laparotomie. Double castration avec plicature du ligament rond dans les pédicules. Pas de drainage.	Bon.	Revue août 1899. Bon état.
2832.	13 février 1899.	Appendicite. Ovarite kystique. Rétroversion.	Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond.	Double salpingo-oophorectomie. Résection de l'appendice.	Bon.	Revue. Bon résultat orthopédique. Neurasthénie.
2892.	10 mars 1899.	Ovaro-salpingite. Rétroversion douloureuse.	Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond.	Double salpingo-oophorectomie.	Phlegmon du ligament large incisé (2925).	Excellentes nouvelles, septembre 1899.
2976.	5 mai 1899.	Rétroversion adhérente. Double salpingo-ovarite. Métrorrhagies.		Laparotomie libératrice et réduite de l'utérus. Double salpingo-oophorectomie. Raccourcissement du ligament rond droit. 1 fil d'hystéropexie au caillot ne prenant que la séreuse, 1; ligament rond gauche étant déchiré.	Bon.	Bon état. Revue le 25 septembre.
3073.	7 juillet 1899.	Rétroversion adhérente. Salpingites. Appendicite.	Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.	Double salpingo-oophorectomie. Curetage. Résection de l'appendice.	Bon.	Bon état. Revue novembre 1899.

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS Ronds POUR RETROVERSION. — Opération intra-abdominale.

pourrait être alors parfaitement pratiquée, les inconvénients qu'elle présente au point de vue des grossesses ultérieures ne pouvant plus se présenter. Mais pourquoi ne pas plutôt employer le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, que nous avons étudié plus haut, dont le pronostic au point de vue de la nocivité opératoire est identique, d'une égale facilité opératoire, et enfin d'une efficacité analogue au point de vue du maintien de la réduction. De plus, n'offre-t-il pas l'avantage de placer l'utérus dans sa situation physiologique? L'utérus reste organe pelvien, en antéversion, sans adhérences utéro-pariétales susceptibles de s'allonger, de déterminer des tiraillements douloureux, de causer (quelque rare que soit cette éventualité, elle peut exister) des accidents d'occlusion intestinale.

Telle est en effet l'opération que préconise le Dr H. Delagénère. Avant d'apporter les observations s'y rapportant, disons quelques mots du manuel opératoire.

La préparation de la malade sera celle de toute opération abdominale. Purgations, injections vaginales fréquentes, grands bains savonneux, enfin, le champ opératoire est soigneusement rasé. On insistera aussi sur la désinfection du vagin, faisant des nettoyages du col avec la solution alcoolique de sublimé à 1 0/0 et la teinture d'iode, les jours précédant l'opération.

L'instrumentation, préparée et stérilisée à l'avance, ne présente rien de spécial : bistouri, ciseaux droits, pince à disséquer, douze pinces hémostatiques ordinaires, douze grandes pinces hémostatiques, un écarteur de la paroi, enfin, l'aiguille de Reverdin et une aiguille à surjet courbe.

Pour les ligatures, on prépare du catgut, de la soie fine et moyenne, et du fil de bronze d'aluminium.

Il est également utile de faire stériliser à l'avance les instruments ordinaires pour l'hystérectomie abdominale, cette opération

pouvant se trouver indiquée, par suite de l'état de l'utérus et des annexes.

La malade est anesthésiée, placée sur la table à opération dans le décubitus dorsal. On pratique la laparotomie médiane : incision de la paroi sur la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, sur une étendue de 8 à 10 centimètres ; quelques pinces hémostatiques sont mises sur les vaisseaux qui donnent ; en général l'écoulement sanguin est fort modéré. Section de la peau et de l'aponévrose, puis ouverture du péritoine.

La malade est alors mise en position inclinée, et l'écarteur abdominal placé à l'angle inférieur de la plaie, la masse intestinale tombant vers le diaphragme. On voit nettement utérus et annexes, et on peut se rendre compte de leur état. Le plus souvent les annexes sont enflammées et adhérentes, la trompe moniliforme, bosselée, l'ovaire présentant les lésions de dégénérescence scléro-kystique, etc. Aussi, dans ces cas de rétrodéviatiou irréductible, l'extirpation des annexes sera laborieuse.

Ce premier temps opératoire de salpingo-oophorectomie partielle ou double, ne présente rien de particulier. On libère l'utérus de ses adhérences ; les difficultés varient suivant l'état, le nombre, la solidité des adhérences. Elles seront détruites avec la main : on procédera avec soin, déchirant ces tractus cellulo-fibreux à l'aide de l'ongle ou du doigt et avec précaution, car quelques-uns d'entre eux peuvent renfermer des vaisseaux assez volumineux qui, ouverts, seront la cause d'hémorragies plus ou moins abondantes. On pourra dans ce cas, sectionner ces adhérences aux ciseaux entre deux ligatures. Pourtant on évitera l'emploi du thermocautère qui donne une sécurité trompeuse. — Enfin, on fera l'hémostase soignée du petit bassin. — L'utérus étant maintenant complètement mobilisé, on pratique le raccourcissement intra-abdominal du ligament rond. Le Dr Delagénère emploie le procédé de Ruggi, que nous avons décrit au chapitre précédent, plicature en anse du liga-

ment rond avec suture en double surjet à la soie fine. L'opération est pratiquée des deux côtés.

Il ne reste plus qu'à refermer le ventre, après avoir nettoyé soigneusement la cavité péritonéale avec des compresses stériles et s'être assuré qu'il n'y a pas de point saignant.

La paroi serait fermée à la manière ordinaire ; le Dr Delagénière a l'habitude de suturer en 3 plans de surjet. Un premier surjet de soie fine ou de catgut ferme le péritoine. L'aponévrose est suturée par un surjet métallique en fil de bronze d'aluminium ; enfin la peau est, elle aussi, suturée en surjet de fil de métal.

Enfin, pansement avec des compresses de gaze stérile, coton stérile et bandage de corps.

Les suites opératoires sont ordinairement simples, les fils sont enlevés le dixième jour.

Voici maintenant le tableau des opérations pratiquées à la clinique, dressé suivant le même plan que le précédent (*Tableau II*). Nous donnons d'abord comme type trois observations personnelles.

OBSERVATION I.

Rétroversion adhérente. Appendicite ancienne. Appendicectomie. Double salpingo-oophorectomie. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Françoise L.... 28 ans, demeurant à Saint-Berthevin, entre à la Clinique le 10 février 1899, adressée par le Dr Gougeon.

Soignée de tout temps pour anémie. Elle a toujours été très constipée. Réglée à 13 ans, a eu au début trois métrorragies durant chacune une huitaine de jours. Depuis elle est réglée très irrégulièrement, restant parfois trois mois sans voir. Les règles sont toujours très douloureuses. Pertes blanches abondantes. Depuis environ 3 ans, la leucorrhée est devenue plus abondante et est parfois colorée en vert. Depuis un an elle souffre beaucoup, continuellement, surtout après la marche et au moment des règles.

sous forme de coliques vives, très douloureuses, mal localisées et durant peu.

État actuel. — Dans la fosse iliaque droite, à la région appendiculaire, on sent un petit boudin, et on provoque de la douleur en le faisant rouler sous le doigt.

Toucher. — Utérus rétroversé, complètement irréductible; culs-de-sac douloureux, surtout le gauche. État général bon, rien aux poumons, ni au cœur. Urines normales. Préparation: La malade est purgée, rasée, prend de grands bains savonneux et des injections vaginales au sublimé.

OPÉRATION le 13 février 1899. Ether.

Incision médiane de 12 centimètres environ. On éponge avec des compresses stériles, un peu de liquide ascitique dans le petit bassin. L'utérus est en rétroversion, les trompes augmentées de volume, contournées, vascularisées, la surface des ovaires est soulevée par des kystes nombreux. Les lésions sont surtout accusées à droite. Pour exciser les annexes, on saisit les ligaments larges avec une pince clamp coudée, trempée dans l'eau bouillante; puis la pince est enlevée et on place dans le sillon 3 anses de fil de soie. — On résèque en dehors des trois pédicules ainsi formés. Après l'ablation des annexes, l'utérus reste rétroversé. On le libère des adhérences dans le Douglas et on raccourcit les ligaments ronds pincés avec une pince de Kocher, de façon à former une anse que l'on fixe par un surjet de soie fine dirigé d'avant en arrière, puis revenant en avant pour lier les deux chefs du fil ensemble. L'appendice est volumineux, contourné, entouré de quelques adhérences. On place sur son méso une chaîne d'anses de soie moyenne, puis on l'excise au ras du cæcum et on ferme par un rang de sutures en surjet à la soie fine. Fermeture de la paroi à 3 plans de surjet, catgut pour le péritoine, fil métallique pour l'aponévrose et la peau.

Pansement: iodoforme et compresses stériles. Durée: 50 minutes. Marche: guérison sans incident. — Sortie le 7 mars 1899.

OBSERVATION II.

Rétroversion adhérente. Double salpingo-oophorectomie. Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds. Un point d'hystéropexie.

Ernestine T., 37 ans, demeurant à la Ferté-Bernard, entre à la Clinique le 1^{er} mai 1899, adressée par le Dr Duvacher.

Réglée à 13 ans, elle voit régulièrement, mais a toujours souffert au moment de ses règles qui durent une huitaine de jours. Depuis le mois de juin 1898, elle est mal réglée.

En octobre, hémorragies abondantes avec expulsion de caillots. Une cloison vaginale qui empêche l'examen, est incisée à cette époque. La malade voit alors régulièrement deux mois, puis reste deux mois sans voir et est reprise en avril 1899 d'hémorragies ; elle a depuis à peine cessé de perdre.

État actuel. — Toucher : utérus volumineux en rétroversion adhérente. Annexes grosses, peu douloureuses. Spéculum : col ulcéré et saignant ; du sang mêlé de pus sort du col utérin.

Préparation. — Purgation, savonnage aux bains. Le 2 mai au soir, on met une laminaire dans le col. Le 3 au matin, la laminaire est remplacée par une éponge. Le 4, on complète la dilatation avec les bougies d'Hegar, et on pratique le toucher intra-utérin, qui ne découvre rien. On laisse dans le col une mèche de gaze iodoformée.

État général : bon, rien aux poumons, ni au cœur ; urines normales.

OPÉRATION. — Le 5 mai 1899. Ether. Laparotomie médiane, incision de 12 cent. La paroi saigne beaucoup. Le péritoine ouvert, la malade est mise en position inclinée ; l'utérus est basculé en arrière, cachant les annexes. On rompt les adhérences solides qui fixent en arrière le fond et la face postérieure de l'utérus très gros. Les trompes et les ovaires sont gros, déformés.

Excision des annexes après pédiculisation à la soie.

On raccourcit le ligament rond droit, attiré avec une pince de Kocher, sur lequel on place un surjet à la soie allant d'avant en arrière et d'arrière en avant, et l'on noue les deux chefs du fil. A gauche, le ligament rond, pris dans le pédicule, est déjà raccourci. On termine par un point d'hystéropexie avec un fil double de catgut arrêté par un nœud de chaque côté de l'utérus. De chaque côté les deux extrémités des fils sont passées séparément à travers l'aponévrose et nouées au-dessus. Fermeture du ventre à trois plans en surjet : soie fine sur la séreuse, métal sur l'aponévrose et la peau. Pansement : poudre d'iodoforme et compresses stériles. Durée : 50 minutes. Pièces : les ovaires présentent des kystes périphériques, le droit contient de plus un kyste central. Les deux trompes présentent des lésions de salpingite parenchymateuse, plus marquées sur la trompe gauche, épaissie et contenant un liquide épais.

Marche — Le soir de l'opération T. 38,3. Le lendemain, T. 39°7, le soir. Lavements et 30 grammes de sulfate de soude, qui produisent une débâcle de matières fécales et de gaz. La température oscille entre 38°,5 et 39° jusqu'au cinquième jour, sans d'ailleurs présenter des phénomènes généraux inquiétants. Le onzième jour, la température revient à 37°, pour s'y maintenir. Les fils ont été enlevés le dixième jour. La malade sort guérie le 24 mai 1899. Revue en parfait état le 26 septembre 1899.

OBSERVATION III (personnelle).

Ictère. Rétroversion adhérente. Double salpingo-oophorectomie. Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond. Curettage.

Marie T..., 28 ans, demeurant à Broc, entre à la clinique le 3 juillet, envoyée par le Dr Candé.

Réglée à 45 ans, toujours très irrégulièrement; eut même des métrorragies abondantes dans sa 17^e année. Deux enfants, le dernier âgé de 5 ans. Sa maladie actuelle remonte à ce dernier accouchement. Douleurs dans le bas-ventre, les reins, s'irradiant dans les cuisses, surtout après des fatigues, nécessitant souvent le repos au lit. Etant de plus en plus fréquentes et douloureuses, la malade réclame une intervention.

État actuel. — La malade présente une teinte jaune, ictérique, de la peau et des conjonctives. pas de décoloration des matières fécales, pas de douleur à la pression dans la région de la vésicule, ni d'antécédents de colique hépatique.

La palpation détermine une douleur vive dans la fosse iliaque droite avec défense musculaire et hyperesthésie cutanée. Toucher: utérus abaissé, en rétroversion adhérente, empatement du cul-de-sac latéral droit, douloureux à la pression. Spéculum: col gros, liquide gommeux, épais, suintant de l'orifice. Rien aux poumons, ni au cœur. Urines normales. La malade est très nerveuse, très impressionnable, en somme, dans un état assez faible. On diagnostique métrosalpingite avec rétroversion, avec nécessité d'explorer l'appendice et la vésicule biliaire. Préparation: grands bains savonneux, purgation et lavements. Injections vaginales, nettoyages du col à la teinture d'iode et l'alcool, au sublimé.

OPÉRATION le 7 juillet 1899. Laparotomie médiane, de l'ombilic au pubis. Après ouverture du péritoine, la main va explorer le foie; la vésicule est normale, pas de calculs.

Exploration des annexes et de l'utérus. Salpingite double, trompes flexueuses, dilatées, bosselées, surtout la trompe droite, de la grosseur de l'index ; l'utérus est en rétroversion, maintenu dans le petit bassin par des adhérences assez résistantes. Décollement de ces adhérences dans le Douglas, la malade étant dans la position inclinée à 45°. On pratique ensuite la double salpingo-oophorectomie, ligature du pédicule au fil de soie et extirpation. Raccourcissement intra-abdominal du ligament rond, suivant la technique ordinaire ; le ligament rond est saisi avec une pince, de manière à lui faire décrire une anse coudée. On pratique ensuite un double surjet aller et retour au fil de soie, commençant à trois centimètres environ de la pince. Cette opération est pratiquée successivement sur les ligaments droit et gauche. L'utérus est ainsi remis en position normale. L'abdomen est ensuite fermé par trois plans de surjet à la soie, pour le péritoine, au fil de métal, pour l'aponévrose et la peau. Pas de drainage. Pansement : poudre d'iodoforme et gaze stérile. Puis, la malade étant mise en position dorso-sacrée, les cuisses relevées, on procède au curettage de l'utérus ; après dilatation avec les bougies d'Hegar, injection intra-utérine de solution phéniquée chaude et tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Durée totale : 55 minutes. La malade a pris 120 gr. d'éther. Le soir T = 39°8. Rien de particulier. Inject. hypod. de 4 centigr. de morphine. La température reste au-dessus de 37°5 jusqu'au 3^e jour. Le 4^e jour, purgation. La température tombe à 37°, pour s'y maintenir. Les fils sont enlevés le 9^e jour. L'état général est très satisfaisant ; pas de douleurs, appétit revenu, ictère en voie de résorption. La malade sort le 27 juillet, en parfait état. Plus de douleurs, ni d'ictère ; appétit, digestion normales. Etat nerveux très amélioré.

P. S. — La malade entra à la Clinique dans un état de dépression absolue, d'asthénie complète, qui disparut dès les premiers jours qui suivirent l'opération.

Revue en bon état, le 14 novembre 1899.

Le résultat immédiat de ces 14 cas fut excellent, sauf dans la malade n° 12, dont la guérison ne se fit pas sans incident. Elle fit un phlegmon du ligament large, que l'on incisa et qui n'eut d'ailleurs aucune conséquence. Le résultat orthopédique se montra maintenu dans tous les cas qui purent être examinées de nouveau.

Les malades n^{os} 2, 5 et 8 ne purent être revues. Chez toutes ces malades l'utérus s'était maintenu en bonne situation.

La malade n^o 9, tout en ayant son utérus en situation normale, se plaint encore de symptômes douloureux ; il s'agit, il est vrai, d'une neurasthénique confirmée. Il en fut de même de la malade n^o 4, qui continua à se plaindre et devint complètement maniaque au mois de juillet 1899. Il ne s'agit donc pas là de phénomènes imputables à l'opération elle-même (*Tableau II*).

En résumé, le résultat orthopédique est excellent. Quant au pronostic, il dépend de l'état des annexes et est celui de l'opération pratiquée concurremment avec le raccourcissement des ligaments ronds, la salpingo-oophorectomie.

Il nous reste enfin à parler du raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges par le procédé du Dr H. Delagènière.

Voici quel est le manuel opératoire :

Supposons le ventre ouvert, les annexes traitées, l'utérus libéré. Le fond de l'utérus est saisi avec une pince de Museux, avec laquelle l'organe est solidement soutenu en le renversant sur le pubis. La cavité de Douglas est alors accessible. Avec l'index on reconnaît le col de l'utérus et on détermine la ligne médiane ; on se rend de même compte de la situation du cul-de-sac vésico-utérin. On prend alors un fil de catgut enfilé dans une aiguille courbe, on passe transversalement cette aiguille à 1 centimètre de la ligne médiane, pour la faire ressortir 5 millimètres plus loin, puis rentrer à travers le feuillet postérieur du ligament large 5 millimètres plus loin, et ainsi de suite en faufile tant que le fil pourra, en se fermant, rapprocher par froncement les parties faufilees. Un fil semblable est placé de la même façon du côté opposé : les deux premiers fils sont noués.

Un centimètre au-dessus, on en place deux autres, puis deux derniers encore un centimètre plus haut. On est alors arrivé dans la

partie libre des ligaments larges où les uretères et la vessie ne courent plus aucun risque d'être blessés.

On place encore deux fils de catgut de chaque côté, de la manière suivante : sur la face postérieure de l'utérus, près de son bord, l'aiguille pénètre transversalement pendant un trajet de un centimètre environ, dans le tissu utérin ; puis traverse toute l'épaisseur du ligament large d'arrière en avant, évitant de léser des vaisseaux importants ; elle traverse de nouveau le ligament large d'avant en arrière à un centimètre plus en dehors. Les deux bouts du catgut sont enfin liés dans le Douglas.

Quand tous les fils sont placés et noués, les ligaments larges paraissent se continuer l'un avec l'autre en arrière de l'utérus, qui se trouve par suite refoulé et maintenu en avant.

Tel est le manuel opératoire type, tel que le décrit le Dr Delagénère.

Voir le tableau des 11 cas opérés de cette manière à la Clinique (Tableau III). Nous donnons d'abord nos observations personnelles.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Rétroversion adhérente. Sténose pylorique. Détachement d'adhérences périgastriques. Appendicectomie. Double salpingo-oophorectomie. Raccourcissement du ligament large (PROCÉDÉ H. DELAGÉNIÈRE).

Désirée H..., 36 ans, demeurant à la Pooté, entre à la Clinique le 19 septembre 1899, envoyée par le Dr Barbey. Réglée à 13 ans 1/2 ; règles abondantes, pas toujours très régulières. A 15 ans, eut pendant quatre à cinq mois le ventre ballonné ; d'après les renseignements fournis par la malade, il semble qu'il s'agit d'une péritonite tuberculeuse. — Depuis elle a toujours souffert du ventre, principalement à l'hypochondre gauche. Depuis environ 4 ans, vomissements alimentaires, devenant de plus en plus fréquents ; ils sont journaliers, survenant après chaque repas, depuis 2 ans. Constipation opiniâtre, vives douleurs pendant la défécation, mais urine facilement et régulièrement.

État actuel. — État général assez faible, causé par les vomissements

incessants. Utérus gros, rétroversé, remplissant le cul-de-sac postérieur, bombant sur la face antérieure du rectum. — Col en situation normale. — L'utérus est absolument fixe, impossible à mobiliser. Langue saburrale. — Estomac dilaté avoisinant l'ombilic. Rien aux poudrons, ni au cœur, urines normales.

Préparation. — Purgation et lavements. Grands bains savonneux. La vulve est rasée. Injections vaginales.

OPÉRATION le 25 septembre 1899. Chloroforme.

Laparotomie médiane. Exploration après ouverture du péritoine. Adhérences épiploïques au péritoine pariétal, décollement avec le doigt, et résection aux ciseaux de ces adhérences, ainsi que de quelques adhérences intestinales.

Exploration de l'appendice : il est adhérent dans la fosse iliaque et renferme un petit corps étranger. Résection après détachement des adhérences; écrasement à la pince de Doyen, et ligature du pédicule à la soie, puis surjet à la soie fixant le pédicule au cæcum.

La malade est mise en position inclinée. L'utérus est complètement rétroversé, ainsi que les annexes qu'il cache en partie. Les ovaires ont le volume d'une grosse noix, et sont d'une dureté ligueuse. Extirpation après écrasement du pédicule à la pince de Doyen et ligature à la soie. L'utérus est libéré de ses adhérences aux ciseaux, et avec le doigt; le fond est saisi avec une pince de Museux et attiré en haut. Un fil de soie capiton est placé vers le milieu de la face antérieure de l'utérus dans le feuillet antérieur du ligament large. Un fil postérieur, médian, est placé à la face postérieure de l'utérus, en faufilé, à travers le feuillet postérieur du ligament large droit. Les deux chefs sont noués ensemble. — On place ensuite deux fils supérieurs latéraux à droite, à la soie, près de l'angle utérin; le fil passe en plein tissu utérin, pendant environ 1 centimètre, traverse les deux feuillets du ligament large d'arrière en avant, puis d'avant en arrière. Les deux chefs sont saisis dans une pince de Kocher. — Un deuxième fil est placé de la même façon, en dehors du premier, embrassant dans son anse le ligament rond. — On noue ensuite successivement ensemble les deux chefs de chaque fil. — L'utérus se trouve ainsi refoulé en avant. On ne traite pas le ligament large gauche. — On s'assure de la fixité de l'organe avant de procéder à la fermeture de l'abdomen.

Nettoyage du péritoine avec des compresses stériles. Drainage du Douglas avec mèche et tube perforé; fermeture de la paroi à 3 plans, catgut sur péritoine, métal sur aponévrose et peau.

Pansement : poudre d'iodeforme et compresses stériles.

Durée : 55 minutes.

Pièces : Les 2 ovaires extirpés pèsent 80 grammes. Incisés, il s'en écoule une matière jaunâtre, d'aspect sébacé. Il s'agit de kystes dermoïdes.

Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION V.

Rétroversion adhérente. Double salpingo-oophorectomie. Plicature du ligament large (Procédé H. Delagénère). Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

Octavie D. . . , 30 ans, entre à la clinique le 1^{er} avril 1899, envoyée par le Dr Bolognési.

Réglée à 13 ans et demi ; règles normales et régulières ; 3 accouchements, le dernier, il y a 5 ans, d'un enfant mort et macéré. Depuis, douleurs de ventre et pertes blanches abondantes ; fut soignée pour métrite. Depuis environ 2 ans, douleurs au moment des règles, très vives ; l'écoulement sanguin est d'ailleurs peu abondant et ne dure que 2 jours. Autrement, elle ne souffre qu'à l'occasion de fatigues, et se plaint alors de douleurs dans les reins et la colonne vertébrale. Digestions bonnes. Pas de constipation.

État actuel. — Utérus en rétroversion adhérente ; le cul-de-sac gauche est empâté et douloureux. Col, petit, non ulcéré, sain. L'état général est satisfaisant : rien aux poumons, ni au cœur. Urines normales.

Préparation. — Grands bains et savonnage. Injections vaginales. Nettoyage du col à la teinture d'iode. Le champ opératoire est rasé.

Opération le 3 octobre 1899. Ether.

Laparotomie médiane. Après ouverture du péritoine, la malade est mise en position inclinée. L'utérus apparaît fléchi, bombant dans le Douglas et adhérent. Détachement des adhérences, surtout nombreuses à gauche. Examen des annexes.

L'ovaire droit est augmenté de volume (une grosse noix), d'aspect kystique. L'ovaire gauche présente quelques petits kystes superficiels. La trompe gauche est adhérente au ligament large gauche, bosselée, pavillon déformé, orifice oblitéré.

Ablation des annexes après formation d'un pédicule au fil de soie. Libération des adhérences de l'anse gauche très saignante. Toilette du péritoine pelvien avec quelques compresses stériles.

L'utérus étant saisi avec une pince de Museux, on capitonne le ligament large postérieur par trois fils de soie passés en faufilé, placés à un centimètre de distance environ les uns des autres. On place d'abord les trois fils, dont les doubles chefs sont saisis dans des pinces, puis on les serre successivement. Le ligament large postérieur est ainsi adossé à lui-même et l'utérus refoulé en avant.

On pratique ensuite le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds, qui sont serrés avec une pince pour former une anse, fixée par un double surjet partant d'environ trois centimètres du sommet de l'anse. L'utérus se trouve alors en antéversion. Toilette aux compresses imbibées de sérum artificiel, et aux compresses stériles. Drainage du Douglas avec mèche stérile et tube perforé. Fermeture de la paroi à trois plans de surjet, catgut pour le péritoine, métal pour l'aponévrose et la peau. Pansement : poudre d'iodoforme et compresses stériles. Durée : 40 minutes.

Pièces. La trompe gauche est enflammée, l'ovaire gauche scléro-kystique, l'ovaire droit présente un petit kyste prolifère de la grosseur d'une noisette.

Marche. Ecoulement péritonéal très abondant. La malade n'urine seule que la veille de son départ, le 23 octobre. Revue depuis, en bon état.

Au point de vue opératoire, nous ferons remarquer l'efficacité du moyen de contention de l'utérus, les deux ligaments larges étant adossés, formant une sorte de sangle empêchant la chute en arrière de l'utérus ; de plus, par suite du manuel opératoire lui-même, les ligaments utéro-sacrés se trouvent eux aussi raccourcis par les fils inférieurs. De là résulte pour M. le Dr Delagénière l'indication principale du procédé, la tendance au prolapsus. Il est bien certain cependant que l'on pourrait étendre les indications de cette opération et l'appliquer de parti pris dans toute intervention pour rétro-déviati on adhérente.

Le procédé est en somme, d'exécution facile et fort efficace con-

TABLEAU III.

NUMÉROS.	DATES	DIAGNOSTIC de la LÉSION.	OPÉRATION sur les "LIGAMENTS LARGES."	OPÉRATION.	RÉSULTAT IMMÉDIAT.	RÉSULTAT ÉLOIGNÉ.
133	3 février 1891.	Kystes multiloculaires des ovaires en partie in- clus dans les ligaments larges. Rétroversion.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagé- nière, après décoloration des kystes. 1 fil en bourse prenant ligaments sacrés et deux de chaque côté.	Double ovariectomie.	Excellent.	Maintenu le 18 mai 1898.
412	30 avril 1892.	Fibromes de l'utérus. Hydro-salpingites et ova- rites kystiques. Rétrover- sion.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagé- nière. 2 fils inférieurs et 2 de chaque côté.	Double salpingo-oopho- rectomie.	Excellent.	Revu 31 octobre 1893. Parfait état.
633	9 février 1893.	Salpingite et rétroversio aiguë.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagé- nière. 3 fils inférieurs et 2 de chaque côté.	Double salpingo-oopho- rectomie. Détachement des adhérences.	Bon, mais in- duration dans le cul-de-sac posté- rieur.	Résultat parfait. en juin 1897.
707	5 mai 1893.	Hydro-salpingite et rétro- version douloureuse non adhérente.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagé- nière. 2 fils inférieurs pre- nant les ligaments sacrés et 1 fil de chaque côté.	Double salpingo-oopho- rectomie.	Excellent.	Revue pour va- ginite le 14 mai 1893. Utérus libre et en bonne si- tuation.
731	17 mai 1893.	Ovaro-salpingite. Ré- troversion très adhérente.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagé- nière.	Double salpingo-oopho- rectomie. Détachement d'adhérences nombreuses.	Bon, mais con- serve quelques douleurs abdo- minales.	Parfait état le 7 juillet 1894, mais légère éversion.

732	18 mai 1893	Ovaro-salpingites et rétroversion non adhérente.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagènière. 2 fils inférieurs et 2 fils de chaque côté.	Double salpingo-oophorectomie.	Bon, mais conserve douleurs pelviennes pendant 4 an.	Guérison parfaite et résultat excellent en septembre 1897.
1263	24 janv. 1896.	Salpingites et rétroversion adhérente.	Raccourcissement des ligaments larges par 2 séries de fils placés à droite et à gauche le long des bords de l'utérus comme les fils supérieurs, mais les inférieurs ne traversant pas de part en part les ligaments larges.	Double salpingo-oophorectomie.	Excellent.	Revue en janvier 1898. N'a jamais plus souffert.
2401	19 février 1898.	Ovarites kystiques et rétroversion adhérente.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagènière. 3 fils inférieurs et 1 fil de chaque côté.	Double salpingo-oophorectomie.	Excellent.	Pas revue.
2529	23 mai 1898.	Tumeurs abdominales causées par une hystéropexie antérieure faite dans une première opération.	Raccourcissement des ligaments larges par le procédé de H. Delagènière. 1 fil inférieur et 1 fil de chaque côté.	Détachement de l'utérus et des adhérences. Large résection de l'épiploon.	L'utérus reste bien maintenu mais douleurs persistent.	Continue à souffrir. Juin 1899.
3163	19 sept. 1899.	Rétroversion adhérente, sténose pylorique, appendicite ancienne.	Raccourcissement du ligament larg, procédé de H. Delagènière.	Double salpingo-oophorectomie. Appendicectomie. Rupt. d'adh. périgaстр.	Bon.	—
3179	30 oct. 1899.	Rétroversion adhérente.	Plicature du ligament large (procédé de H. Delagènière).	Double salpingo-oophorectomie. Raccourc. intra-abdominal du ligam. rond.	Bon.	—

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS LARGES POUR RÉTROVERSION. — Opérations intra-péritonéales.

tre le symptôme déviation. On peut le combiner avec le raccourcissement du ligament rond.

Nous apportons 11 observations de rétroversions adhérentes traitées par ce procédé, avec salpingo-oophorectomie double. (*Tableau III.*) Le résultat immédiat fut excellent, sauf dans l'Observation X; la guérison fut un peu longue à s'établir. Le bon résultat orthopédique obtenu se montra maintenu dans tous les cas.

Dans certains cas, il peut être utile de drainer le cul-de-sac de Douglas. Le Dr Delagénère se sert dans ce cas de tubes en métal perforé dans lesquels passe une longue mèche de coton stérile qui forme un drainage capillaire et a l'avantage de laisser une porte d'accès dans le péritoine et de permettre de s'assurer qu'il n'y a aucune hémorragie. On le remplace au bout de 48 heures par un tube en caoutchouc.

Il s'agit en somme, d'un procédé efficace, d'exécution simple, susceptible de rendre service dans le cas de rétrodéviations adhérentes avec tendance au prolapsus.

CONCLUSIONS.

1° Ce qui frappe dans l'étiologie et la symptomatologie des rétrodéviations, c'est la complexité des facteurs, cette affection étant le résultat de l'association de la subinvolution utérine de la matrice, du relâchement des ligaments utérins, de l'affaissement du périnée et, enfin, de lésions annexielles.

Cette complexité doit guider la thérapeutique qui, pour être efficace, sera, elle aussi, complexe.

2° Le critérium est celui-ci : la rétrodéviation est-elle mobile ? Est-elle adhérente ?

3° La rétrodéviation est mobile. On emploiera l'Alexander combiné avec le curetage de l'utérus ou l'amputation du col, etc., et la périnéorrhaphie.

4° La rétrodéviation est adhérente. Ici ce sont les lésions annexielles qui dominent la scène. On traitera les annexes et on pratiquera le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds.

5° Dans les cas de rétrodéviation adhérente, avec tendances accentuées au prolapsus, le raccourcissement ou plicature des ligaments larges (Procédé H. Delagénère) sera susceptible de rendre certains services.

Vu, le Doyen :

BROUARDEL.

Vu :

Le Président de Thèse,
TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

